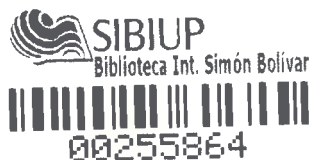


UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO



EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL
OFRECIDO POR DOS INSTITUCIONES PÚBLICAS
DE SALUD DURANTE EL PERÍODO DE
JULIO 1995 A MAYO 1996

MARTA ELIZABETH PÉREZ ORTEGA

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA
OPTAR AL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

1996

PÁGINA DE APROBACIÓN

13 ENE 1997

Aprobado por:

Director de Tesis Margarita de la Cruz
Nombre y Título

Miembro de Jurado Angela Rodríguez
Nombre y Título

Miembro de Jurado [Signature]
Nombre y Título

Fecha: 29 de noviembre de 1996

Representante de Vicerrectoría
y Post Grado: [Signature]

Coordinadora del Programa de
Post Grado: Margarita de la Cruz

DEDICATORIA

O igo el abrir de puertas con el alcance de una
de mis metas; y...

H ay gozo y satisfacción en mí.

D ios, gracias por permitirme llegar una vez más,

I mposible hacerlo sin tu benevolencia y consentimiento.

O h, gracias también a mi esposo por su amor y comprensión,

S alve a mis hijos, Ana Rebeca y Fernando Arturo,
por servirme de inspiración.

¡ Gracias !

AGRADECIMIENTO

Deseamos manifestar nuestro profundo agradecimiento a la Profesora Margarita de Castillo, Catedrática de la Facultad de Enfermería de La Universidad de Panamá, cuya acertada asesoría ha sido valiosa en la elaboración de este trabajo.

Al señor Félix Mascarín por compartir con nosotros sus conocimientos: muchas gracias.

A la Dirección Médica de la Policlínica Don Alejandro De La Guardia, hijo de Bethania y del Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo; a las enfermeras del Programa Maternal y al personal de Archivos Clínicos de ambas instituciones; nuestro consagrado y sincero agradecimiento.

A las pacientes que desinteresadamente participaron en el estudio, y sin cuyo apoyo no hubiese sido posible culminarlo: nuestro eterno agradecimiento.

A la señora Isabel de Gregory; cuya disponibilidad incondicional me ha permitido avanzar siempre un paso más: siempre gracias.

Y a todos los que sutil, pero invaluablemente contribuyeron con nosotros, nuestras consideraciones de hondo aprecio y gratitud.

ÍNDICE GENERAL

	<u>Página</u>
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE CUADROS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE ANEXOS	xv

CONTENIDO

1. Resumen	1
2. Introducción	3
3. Fundamentación Teórica	6
3.1 El Control Prenatal	7
a) Definición	7
b) Evolución Histórica Internacional	9
c) Evolución Histórica en Panamá	10
d) Importancia del Control Prenatal de Calidad	13
e) Características Básicas de un Buen Con- trol Prenatal	14
e.1 Historia clínica	15
e.2 Diagnóstico	17
e.3 Consultas posteriores	18
3.2 Normas Técnico Administrativas del Programa Maternal en Relación al Control Prenatal (1988)	19

	<u>Página</u>
a) Embarazo de Bajo Riesgo	20
b) Embarazo de Alto Riesgo	28
c) Evaluación del Estado Nutricional de la Embarazada	31
3.3 La Evaluación de la Calidad de la Atención . . .	34
a) La Calidad de la Atención	34
b) Principios Generales de la Evaluación . . .	37
c) Objetivos de la Evaluación	38
d) Indicadores y Criterios de la Evaluación	40
d.1 Indicadores	40
d.2 Criterios	41
e) Características de las Áreas de Evaluación de la Calidad de Atención	43
f) Quién Realiza una Evaluación, Cómo y Cuándo	46
g) Limitaciones de la Evaluación	49
4. Diseño Metodológico	51
4.1 Descripción del Área Problemática	52
4.2 Surgimiento del Estudio	53
4.3 Enunciado del Problema	54
4.4 Objetivos del Estudio	54
a) Objetivo General	54
b) Objetivos Específicos	54
4.5 Justificación del Estudio	55
a) Novedad	55

	<u>Página</u>
b) Utilidad	55
c) Interés	56
4.6 Hipótesis	56
4.7 Variables	57
4.8 Definición Operacional de Términos	57
4.9 Tipo de Estudio	60
4.10 Universo y Muestra	61
a) Universo	61
b) Muestra	61
4.11 Instrumento - Métodos y Técnica de Recolección de Datos	63
a) Instrumento	63
b) Métodos	65
c) Técnica	66
4.12 Procedimiento	67
4.13 Tabulación y Análisis de Datos	68
4.14 Limitaciones	69
5. Resultados y Discusión	70
6. Prueba de Hipótesis	147
7. Conclusiones y Recomendaciones	160
7.1 Conclusiones	161
7.2 Recomendaciones	167
8. Bibliografía Citada	169
9. Anexos	172

ÍNDICE DE CUADROS

<u>Cuadro</u>	<u>Página</u>
I <i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro de la Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según edad. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	71
II <i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según el nivel de instrucción. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	74
III <i>Distribución de las embarazadas encuestadas en la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según número de hijos. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	77
IV <i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según tipo de ocupación. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	79
V <i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según estado civil. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	82
VI <i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según ingreso familiar mensual. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	84
VII <i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según la semana de gestación en que iniciaron el control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	87
VIII <i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según concentración de citas del control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	91

<u>Cuadro</u>		<u>Página</u>
IX	<i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según el tipo de docencia recibida en el control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	94
X	<i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según si fueron evaluadas o no de acuerdo a la norma del control prenatal en la primera consulta. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	99
XI	<i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según el número de citas en odontología. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	103
XII	<i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según la aplicación o no de las normas del control prenatal en las citas subsiguientes. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	106
XIII	<i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según grado de satisfacción por la atención recibida en el control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	110
XIV	<i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según opinión sobre la accesibilidad geográfica y económica a la atención prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	115
XV	<i>Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según aspectos específicos de su evolución en el parto y puerperio. Diciembre 1995-marzo 1996</i>	119
XVI	<i>Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evalua-</i>	

<u>Cuadro</u>	<u>Página</u>
ción de la estructura física y administrativa, según criterios evaluados. Diciembre 1995-marzo 1996	124
XVII Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación del proceso de atención del control prenatal, según criterio evaluado. Diciembre 1995-marzo 1996	128
XVIII Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de los resultados alcanzados en el control prenatal, según criterio evaluado. Diciembre 1995-marzo 1996	133
XIX Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación del impacto alcanzado en el control prenatal, según criterio evaluado. Diciembre 1995-marzo 1996	136
XX Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de la calidad del control prenatal, según criterios considerados. Diciembre 1995-marzo 1996	140
XXI Distribución del puntaje obtenido por criterio vs. total esperado por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de la calidad del control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996	145

ÍNDICE DE FIGURAS

<u>Figura</u>		<u>Página</u>
1	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según edad en año. Diciembre 1995-marzo 1996	73
2	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según el nivel de instrucción. Diciembre 1995-marzo 1996	76
3	Distribución de las embarazadas encuestadas en la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según número de hijos. Diciembre 1995-marzo 1996	78
4	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según tipo de ocupación. Diciembre 1995-marzo 1996	81
5	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según estado civil. Diciembre 1995-marzo 1996	83
6	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según ingreso familiar mensual. Diciembre 1995-marzo 1996	86
7	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según la semana de gestación en que iniciaron el control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996	90
8	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según concentración de citas del control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996	93

<u>Figura</u>		<u>Página</u>
9a	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según si recibieron o no algún tipo de docencia en el control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996	97
9b	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según el tipo de docencia recibida en el control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996	98
10	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según si fueron evaluadas o no de acuerdo a las normas del control prenatal en la primera consulta. Diciembre 1995-marzo 1996	102
11	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según el número de citas en odontología. Diciembre 1995-marzo 1996	105
12a	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según la aplicación o no de las normas del control prenatal en los cuidados maternos. Diciembre 1995-marzo 1996	108
12b	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según la aplicación o no de las normas del control prenatal en la evaluación fetal. Diciembre 1995-marzo 1996	109
13a	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según la conveniencia del horario y accesibilidad al servicio de atención del control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996	113
13b	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según opinión sobre el tiempo de espera y la atención recibida	

<u>Figura</u>		<u>Página</u>
	en el control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996	114
14	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según opinión sobre la accesibilidad económica a la atención prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996	118
15a	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según aspectos específicos de su evolución en el parto y puerperio. Diciembre 1995-marzo 1996	122
15b	Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según aspectos específicos de la evolución del recién nacido. Diciembre 1995-marzo 1996	123
16	Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de la estructura física y administrativa, según criterios evaluados. Diciembre 1995-marzo 1996	127
17a	Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de la aplicación de normas en el proceso de atención del control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996	131
17b	Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de la accesibilidad al servicio y satisfacción del usuario del control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996	132
18	Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de los resultados alcanzados en el control prenatal, según criterio evaluado. Diciembre 1995-marzo 1996	135

<u>Figura</u>		<u>Página</u>
19a	Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación del impacto alcanzado por el control prenatal en la evolución materna. Diciembre 1995-marzo 1996	138
19b	Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación del impacto alcanzado por el control prenatal, en la evolución del recién nacido. Diciembre 1995-marzo 1996	139
20	Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de la calidad del control prenatal, según criterios considerados. Diciembre 1995-marzo 1996	144
21	Distribución del porcentaje obtenido por criterio vs. total esperado por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de la calidad del control prenatal. Diciembre 1995-marzo 1996	146

ÍNDICE DE ANEXOS

<u>Anexos</u>		<u>Página</u>
1	Instrumento del Estudio	173
2	Cartas Enviadas y Recibidas	190

CONTENIDO

1. RESUMEN

El propósito de esta investigación es el de llamar la atención a las autoridades administrativas y enfatizar en el hecho de que la evaluación de las metas anuales de un programa de salud determinado, no son suficientes para mejorar el servicio; sino que gran parte de las respuestas en este sentido las encontramos en la evaluación de la calidad de la atención ofrecida en el mismo. En este trabajo, evaluamos la Calidad del Control Prenatal en dos instituciones de salud de asistencia social, la Policlínica Alejandro De La Guardia, hijo de Bethania y el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo. Para ello, se utilizó un instrumento tipo hoja cotejo dividido en cinco partes que evalúan a los diferentes elementos que incluye la calidad del control prenatal: estructura física - administrativa, aplicación de normas en el proceso de atención, satisfacción del usuario, resultados alcanzados y el impacto logrado. Se encuestaron 60 embarazadas; 30 en cada uno de los dos centros de salud, quienes se siguieron desde su tercer trimestre de gestación hasta su primera cita puerperal y de crecimiento y desarrollo del recién nacido.

Se plantearon seis hipótesis que se probaron a través de la prueba estadística del ji cuadrado y se clasificó el grado de la calidad de ambas instituciones por medio de una escala valorativa establecida en el instrumento.

Se concluye que una de las dos instituciones ofrece un control prenatal de Buena Calidad, en tanto que la otra alcanza calificación de Regular Alto en la calidad del mismo; que este grado de calidad se ve mayormente afectado por la estructura administrativa que cada una posee y por la falta de información en el expediente lo que no permite establecer la aplicación o no de las normas en el proceso de atención; y que en menor grado afectan aspectos como la enseñanza brindada a la paciente, satisfacción del usuario y otros. No obstante, la mayoría de las correcciones a las desviaciones encontradas pueden implementarse con los recursos existentes en la actualidad.

1. SUMMARY

The purpose of this investigation is to keep the administrative authorities awared and puntualize the fact that the evaluation of the annual goals for a determined healthy

program are not enough to improve the service; the big majority of the answers on this subject we found them in the evaluation of the quality of attention given in the program. Specifically we are talking about the evaluation of the quality of prenatal program in two government healthy institutions, which are the Policlínica Don Alejandro De La Guardia of Bethania and the Medical Center Rómulo Roux in the community of Pueblo Nuevo.

For this evaluation a comparison instrument was used divided in five parts which are the different elements included within the quality of prenatal control.

- a. Physical and administrative structure
- b. Application of standards in the attention process
- c. Users satisfaction
- d. Results obtained, and
- e. Impact reached

We interviewed 60 pregnant patients, 30 on each medical center. We studied them from their third trimester of pregnancy until their first puerperal visit and the first newborn medical evaluation.

We established six hypothesis that were proved using the "ji-square" test and reclassified the grade of quality of both institutions through a valuative scale established in the instrument.

We concluded that one of the institutions reached a good quality level but the other had a regular quality of the prenatal control.

This grade of quality is mainly affected for the administrative structure of each institution and for the lack of information in the medical records which difficult the evaluation of the application of the standards in the attention process; in a minor grade the quality is affected by other factors such as the education and orientation given to the patient, users satisfaction and others.

The majority of the solutions to the problems found could be applied with the resources available right now.

2. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el mundo sobrepasa tiempos convulsionales y difíciles a los que el sector salud no puede escapar. La gran demanda de atención de la salud, la escasez en su oferta y los recursos limitados entre otros; han sugerido la necesidad de hacer un alto para descubrir que se requiere de cambios radicales para enfrentar este desafío y de la reorganización de los servicios de salud para enrumbarlos hacia el logro de la equidad y eficiencia.

Es aquí donde surge el concepto de calidad; el cual busca garantizarle al usuario excelencia en el servicio que se le está prestando. Ésta tiene un carisma dinámico y continuo; enfatiza en diversos aspectos; no se da por azar sino que requiere ser diseñada y necesita del compromiso de todos ya que no puede delegarse a alguna dependencia en especial.

Ricardo Borda y Julio Alberto Saenz en su libro señalan que:

"la excelencia de la calidad se logra cuando ésta responde a normas, procedimientos y técnicas prescritas y actualizadas para confeccionar productos o dispensar servicios que satisfagan las necesidades de la comunidad o clientela de

*terminada y que se puedan obtener de los recursos disponibles en el momento."*¹

Esta definición, al igual que otras, señala la necesidad inminente de establecer controles de calidad, es decir, implantar un sistema de evaluación de la calidad de la atención ofrecida. Una de las primeras, y por mucho tiempo reconocida, permanente en el tiempo y modelo en el cual se han inspirado otros incluyéndonos; es la de Avedis Donabedian cuyo modelo conceptual y metodológico está basado en tres aspectos fundamentales:

a. La Estructura o recursos de toda orden con las que cuenta la institución para prestar el servicio.

b. El Proceso o serie de actividades adelantadas en la prestación del servicio.

c. Resultados o efectos obtenidos en el receptor o receptores del servicio.

En fin, debido a que vislumbramos la calidad en la prestación de los servicios de salud como la ventaja competitiva más importante que cualquier organización dedicada a tal actividad pueda mostrar; hemos diseñado un instrumento para evaluar la calidad del control prenatal con la finalidad de promover su implantación periódica.

Nuestro trabajo de investigación lo hemos dividido en

¹ Borda y Saenz 1995 En: Malagón y Hernández, 1995

diferentes secciones que incluyen: resumen en el idioma español e inglés, introducción, la fundamentación teórica que recoge toda la revisión bibliográfica que sustenta a la investigación, aspectos metodológicos que incluyen el diseño conceptual y metodológico del trabajo; resultados y discusión donde ubicamos los datos recogidos, tabulados y analizados; la prueba de hipótesis donde se describe paso a paso el proceso estadístico para rechazar o aceptar las hipótesis planteadas y, finalmente, las conclusiones y recomendaciones a las cuales nos llevó el estudio.

Es nuestro interés que esta tarea, emprendida con la mejor intención, sea de utilidad administrativa para aquellos inquietos por mejorar la calidad de la atención ofrecida en el control prenatal y, por ende, por el beneficio social y fisiológico de nuestra población de embarazadas.

3. *FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA*

3.1 EL Control Prenatal

El embarazo es el proceso fisiológico normal que sólo en ocasiones es complicado por problemas y alteraciones que ponen en peligro la vida o la salud de la madre, del feto o de ambas partes. La mayoría de los partos no exigen asistencia activa por parte de los profesionales médicos, pues el proceso reproductivo acaece con base a pautas biológicas de adaptación para cada especie. Sin embargo, el embarazo normal modifica significativamente los sistemas fisiológicos de la mujer y siempre existe la posibilidad de que afecte la salud general, y surjan complicaciones para la madre y el feto. De allí que el concepto de que la embarazada necesita atención especial es viejo y forma parte del bagaje de cada cultura.

a) Definición

Con la finalidad de alcanzar una comprensión más amplia del concepto ofreceremos algunas definiciones.

El control prenatal denominado también asistencia sanitaria de la embarazada o control médico de la embarazada es visualizado por la mayoría de los teóricos en forma similar. Por ejemplo, Reeder, Mastroniani y Martin se refieren a la asistencia prenatal como:

*"La supervisión de un equipo interdisciplinario y los cuidados que se prestan a la embarazada durante el período que media entre la concepción y el parto."*¹

Según estos autores, tal asistencia debe considerar las necesidades físicas, emocionales y sociales de la mujer y su hijo neonato, su cónyuge y otros hijos. Intenta poner al servicio del binomio señalado, lo mejor de la ciencia médica asistencial para proteger la vida y la salud de ambos; tomando en consideración las condiciones sociales en que vive la familia, esto es su estado económico, nivel educativo, albergue, nutrición y otros factores de tal forma que madre e hijo pasen por el embarazo-parto y puerperio con el máximo de adecuación mental y física.

Jack Pritchard en su obra, nos ofrece una definición del control prenatal en la siguiente forma:

*"Es la asistencia sanitaria sistemática iniciada mucho antes del embarazo, que debe ser la continuación de un régimen ya establecido de asistencia sanitaria para la mujer."*²

Como consecuencia de un programa de este tipo, la mayor parte de las enfermedades adquiridas y de las anomalías del desarrollo serían reconocidas antes del embarazo y se tomarían

¹ Reeder y Mastroniani (1988:408).

² Pritchard et al (1986:237).

las medidas necesarias para erradicarlas o, al menos minimizar sus efectos en el embarazo.

b) Evolución histórica internacional del control prenatal

El control prenatal que es uno de los avances de la ciencia moderna, tuvo su origen en Boston, en la primera década de este siglo. En aquella época, toda mujer que se consideraba embarazada solía visitar al médico, quien diagnosticaba el embarazo y trataba de calcular la fecha probable de parto. Por lo general, la paciente era reevaluada nuevamente sólo hasta cuando el parto era ya inminente.

Ralph Benson en su obra, sostiene:

"que las iniciadoras del control prenatal fueron las enfermeras de la "Instructive Nursing Association" quienes se encargaban de visitar los hogares de todas las gestantes registradas en el Boston Lying In Hospital y observaron que las embarazadas visitadas culminaban en partos felices."¹

En 1909:

"La Liga de Mujeres de Boston iniciaron el ensayo de una asistencia prenatal intensiva a las gestantes inscritas en la Casa de la Maternidad de Boston."²

¹ Benson (1983:617).

² Carvajal (1968:9).

Estas gestantes eran visitadas por una enfermera cada 10 días, y se les brindaba instrucción sobre todo lo referente al embarazo, con la finalidad de darles confianza en sí mismas e infundirles seguridad, tanto para su propio bienestar como también para el recién nacido.

En 1912, se efectúan un mínimo de tres visitas prenatales a cada gestante inscrita en la sección de la consulta externa de la maternidad.

El segundo país que incorporó la asistencia prenatal a su programa de salubridad fue Inglaterra en 1915, cuando habilita una clínica para este fin denominada Departamento de Royal Maternite Hospital.

No obstante los indicios de interés por la salud de la embarazada, no es hasta la década del 40 cuando se inician los estudios formales de la misma; mismo período en que las clínicas prenatales adquieren la relevante posición que en nuestros días se les confiere.

c) Evolución histórica del control prenatal en Panamá

Con el objeto de mantenerse a la vanguardia en lo que atención de salud se refiere, en Panamá se establece la

"Ley No. 40 del 1 de marzo de 1917 que crea la Cruz Roja Panameña como una institución de fines benéficos y la primera

*en proporcionar atención prenatal organizada en Panamá."*¹

Anterior a este período, las gestantes acudían a la maternidad al momento del parto sin ningún tipo de control prenatal o referencia.

Tratando de ofrecer respuesta a la gran demanda de atención prenatal se crea la primera unidad sanitaria en Chitré para 1932, siendo a la vez la primera de América Latina.

En 1950, se inicia el Programa de Higiene Maternal Infantil, con el objetivo de disminuir el riesgo de enfermar o morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el posparto.

En 1961, el Programa de Higiene Maternal Infantil se convierte en Programa Materno Infantil, con el objetivo de ofrecer servicios coordinados y eficientes que garanticen una salud integral a la madre y el niño.

En 1962, se inaugura la Clínica de Distocias iniciándose así la consulta prenatal especializada en la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás; destinada a atender las pacientes referidas por los médicos de los centros de salud.

Con la creación del Ministerio de Salud, en 1969 se da un giro a la atención de salud, reformas que involucran especial

¹ Carvajal (Op. cit.)

mente el aspecto Materno Infantil pues se crean las normas técnico-administrativas que establecen las actividades a seguir de cada uno de los funcionarios que atendían a la gestante.

En 1970 se establecen las normas técnico-administrativas del Programa Materno Infantil que sustentan que:

"Debían efectuarse cuatro controles prenatales; el primero antes del quinto mes de gestación en forma precoz, integral continua y eficaz."¹

"1972 se da inicio a la clínica para el control prenatal o mujeres de alto riesgo siendo considerados de alto riesgo aquellas con embarazo RH Negativo, serología positiva, placas por gonococos positivos y papanicolau clase III a V."²

1979, se inicia el control prenatal a nivel de las polí-clínicas con el fin de atender a la gestante asegurada que anteriormente era atendida en los centros de salud, se establecen los siete controles prenatales.

1981, se revisan y actualizan las normas técnico-administrativas del Programa Materno Infantil, se mantiene el establecimiento de los siete controles prenatales, pero su inicio será antes de la duodécima semana.

¹ Ministerio de Salud (1973:6)

² Ministerio de Salud (sup. cit.)

1984, se revisan las normas y se substituye el término de subprograma, por el término de Programa Maternal y Programa Infantil.

1988, se agregan las normas técnico-administrativas de atención hospitalaria de Programa Maternal.

1995, se revisan las normas existentes y se agrega un enfoque de énfasis a la lactancia materna. Estas son las que rigen actualmente.

La importancia que tiene la población Materno Infantil, en especial la atención de la embarazada, queda demostrada a través de las constantes revisiones de las normas del Programa Materno Infantil.

d) Importancia del control prenatal de calidad

Antes del auge de la moderna obstetricia, la mujer embarazada solía tener, en el curso del embarazo, una sola entrevista con su médico, la cual apenas suponía un intento de calcular la fecha del parto.

Aunque no es necesario decir que los cuidados prenatales no deben perjudicar, en ocasiones la asistencia prenatal de la gestación, ha producido precisamente el efecto contrario debido a diversas causas entre ellas la carencia de calidad.

En base a lo anterior, Pritchard nos dice que la importancia del control prenatal está inmersa principalmente en dos aspectos: en primer lugar en su objetivo el cual es:

*"el de asegurar que todo embarazo deseado culmine en un niño sano sin deterioro de la salud de la madre."*¹

En segundo lugar, en el pensamiento de que una buena asistencia es imprescindible para conseguir el objetivo antes citado y que:

*"una mala asistencia prenatal puede ser peor que no hacer nada en absoluto"*²

ya que esta proporciona a la madre una sensación de seguridad sin suficientes garantías, lo cual da lugar a que la paciente ignore signos y síntomas que, de seguir sus propios impulsos, le hubieran inducido a buscar consejo con toda urgencia.

e) Características básicas de un buen control prenatal

Un buen control prenatal comienza con la primera visita en la cual el obstetra hace una historia clínica completa y examen físico exhaustivo con el fin de identificar los factores de riesgo y poder planificar la atención individualizada de cada una de las embarazadas.

Cifuentes nos sugiere los siguientes parámetros en el ejercicio de un buen control prenatal:

¹ Pritchard (Op. cit.:237)

² Pritchard (Op. cit.)

e.1 Historia clínica

Debe utilizarse cualquier sistema que permita la identificación de factores de riesgo presentes al momento de la visita, mediante un buen interrogatorio. No es necesario que se utilicen sistemas sofisticados de recolección de datos sino uno que sea manejado adecuadamente por el personal de salud y que en forma rápida y clara permita confirmar los elementos de riesgo de la historia y el examen clínico. Una vez identificados estos factores, se tendrán en cuenta para ser complementadas por otros recursos que dependerán de ayudas tecnológicas disponibles de acuerdo al medio en que se trabaje. Lo relevante será que no importa el nivel de atención en el cual se reciba por primera vez la embarazada sino el sistema utilizado para identificar factores de riesgo que de acuerdo a normas precisas de atención permitan racionalizar la atención de los pacientes. Lo anterior sólo se obtiene con una buena historia clínica perinatal.

Interrogatorio: *Se debe tener precisión en las preguntas y hacer especial énfasis en la veracidad de las respuestas. La historia clínica debe llevar ciertos requisitos:*

- 1. Una causa de consulta clara con la fecha de la última menstruación (FUM), haciendo lo posible por definir esta fecha lo más preciso.*
- 2. Una historia gineco-obstétrica completa y una evaluación de los antecedentes médicos de la paciente*

así como los antecedentes familiares de importancia.

3. *Llenar alguna forma de índice de riesgo que permita ágilmente identificar los factores de riesgo desde la primera visita y a la vez clasificar el nivel de atención que requiere este embarazo de acuerdo a patrones preestablecidos. No debe olvidarse el valor del uso de instrumentos de riesgo en la disminución de la morbilidad perinatal.*
4. *Identificar en lo posible, la presencia de enfermedad genéticas en la paciente, en su esposo o en su familia con el fin de dar algún tipo de consejería durante el embarazo o después del mismo si está indicado.*
5. *Examen físico completo.*
6. *Exámenes de laboratorio de la primera consulta, mal llamados de rutina, que deben pedirse:*
 - 6.1 *Hemoglobina/hematocrito*
 - 6.2 *Hemoclasificación*
 - 6.3 *Parcial de Orina*
 - 6.4 *Serología*
 - 6.5 *Citología vaginal (si no la tiene en los últimos 6 meses)*
 - 6.6 *Glicemia en ayunas y 2 hs postprandial*
 - 6.7 *Anticuerpos para toxoplasma (serán más ade-*

lante).

Los exámenes anteriores deben repetirse durante el curso del embarazo así:

Hb.-Hto. a las 30-32 semanas.

Serología y toxoplasma a las 32 semanas

Parcial de orina a las 30-32 semanas, el examen con cinta (pH-glucosa-proteínas, al menos) en cada consulta después de las 24 semanas.

7. Frecuencia de las visitas: deben realizarse por lo menos:

Cada 4 semanas hasta la 28 semana

Cada 2 semanas hasta las 36 semana

Cada semana hasta el parto

e.2 Diagnóstico

En lo posible debe hacerse un diagnóstico preciso de:

1. Edad gestacional: el conocimiento seguro de la edad gestacional es la base para un buen éxito en el manejo del cuidado prenatal y la toma de decisiones tales como la interrupción del embarazo.

Para tener un juicio certero en la edad gestacional debemos tener en cuenta:

1.1 Fecha de la última menstruación primer método y el más seguro para evaluar la edad gestacional es el uso de (FUM). El médico debe tener

en cuenta la duración y la periodicidad de los ciclos menstruales anteriores al embarazo así como el uso de anticonceptivos. Es necesario considerar que no todas las pacientes conocen la fecha de su última menstruación o tienen historia de trastornos del período menstrual. En estos casos se puede usar el ultrasonido, cuyo uso ha disputado controversias, pero es ampliamente utilizado en nuestros países.

e.3 Consultas prenatales posteriores

Como se enunció anteriormente, el número de visitas prenatales debe tener una secuencia mínima. Sin embargo la paciente debe acudir al médico tantas veces como sean necesarias para un buen control de su embarazo y estar pendientes de cualquier eventualidad, propia del mismo o médica, que se presente en su evolución. En cada visita debe controlarse:

1. Presión arterial en varias posiciones
2. Peso materno que debe ser en la misma báscula y comparado con las curvas de evolución normal
3. Altura uterina
4. Examen de orina (cinta) para detectar glucosa y proteínas.
5. Investigar por síntomas tales como hemorragia, contracciones, edema, cefalea y expulsión de líqui-

do por vagina.

6. Preguntar por los movimientos fetales: En qué semana se inició la percepción de ellos por la madre, si son espontáneos o provocados así como el número durante el día. Estos elementos deben ser un componente importante de cada visita.
7. Examen vaginal sólo si hay alguna complicación que lo determine (Ej: amenaza de parto pretérmino) y al término después de la semana 37 evaluar presentación y estado del cuello. La valoración obstétrica de la pelvis por tacto sólo después de la semana 38 de gestación a menos que exista una condición previa que la requiera.

3.2 Normas Técnico-Administrativas del Programa Maternal en Relación al Control Prenatal (Año 1988)

El Programa Maternal tiene como propósito básico el contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención y recuperación que conlleva al desarrollo óptimo de la niñez, adolescencia y de la mujer, embarazada o no, para lograr el bienestar biológico social de estos grupos.

Las normas que a continuación presentamos son el producto de la cuarta revisión realizada en 1988 y, en los que fundamentamos nuestro estudio, ya que las revisadas para 1995, aún no se habían implantado cuando lo iniciamos.

a) **Control prenatal del embarazo de bajo riesgo¹**

OBJETIVO: Brindar atención integral, precoz, periódica, continua y eficaz a la mujer durante el embarazo.

1. Capte el 100% de las embarazadas

1.1 La primera vez que la mujer consulte por embarazo o sospecha de éste, será atendida por el médico gine-obstetra o el médico general y se le registrará en el Programa Maternal como primera consulta prenatal si se le confirma el embarazo.

En aquellas situaciones en donde no exista el recurso médico, la captación y primera atención será dada por el personal de enfermería.
NO DEBE HABER RECHAZO DE NINGUNA MUJER EMBARAZADA QUE SOLICITE ATENCIÓN.

1.2 Se captará el 80% de las gestantes durante el primer trimestre del embarazo.

1.3 Se darán siete consultas prenatales a cada embarazada de bajo riesgo las cuales serán dadas de acuerdo a las normas actuales.

1.4 El control de las embarazadas de bajo riesgo, será de acuerdo al siguiente esquema.

¹ Ministerio de Salud (1988).

ESQUEMA DE CONTROL PRENATAL
DE BAJO RIESGO

NO. CONTROLES	EDAD GESTACIONAL	RECURSO
PRIMERO	Menos de 12 semanas	Médico y/o el personal más capacitado
SEGUNDO	16 semanas	Médico y/o el personal más capacitado
TERCERO	22 semanas	Médico y/o el personal más capacitado
CUARTO	28 semanas	Médico y/o el personal más capacitado
QUINTO	32 semanas	Médico y/o el personal más capacitado
SEXTO	35 - 36 semanas	Médico y/o el personal más capacitado
SÉPTIMO	37 - 39 semanas	Médico y/o el personal más capacitado

- 1.5 Toda embarazada que acude después de las 28 semanas de gestación, se le dará la siguiente cita en 8 días y los controles subsiguientes se harán de acuerdo al riesgo definido.
- 1.6 Si ha pasado una semana de la F.P.P. y no ha ocurrido el parto, la embarazada deberá regresar al centro de salud para ser evaluada.

- 1.7 No deberá utilizarse estrógeno-progesterona para el diagnóstico del embarazo.
- 1.8 No se solicitarán de rutina pruebas para el diagnóstico del embarazo.
- 1.9 En el primer control se le realizará:
 - a. Anamnesis
 - b. Examen físico completo
 - c. Examen ginecológico completo
 - d. Frotis cérvico-vaginal para papanicolau y frotis para hacer un Gram
 - e. Examen de las mamas para detectar patología y determinar su condición para la lactancia materna
 - f. Exámenes de laboratorio: Glicemia, hemograma completo, tipaje y Rh, serología luética, urinálisis completo, solubilidad de la hemoglobina y otros exámenes que sean necesarios.
 - g. Llenado completo:
 - . Historia Clínica Perinatal
 - . Tarjeta Prenatal
- 1.10 La evaluación clínica de la gestante dada por la Historia Clínica Perinatal y el examen clínico determinará la clasificación de la embarazada: de Bajo y Alto Riesgo Perinatal.

- 1.11 *Toda embarazada de Alto Riesgo Perinatal recibirá una atención especializada de acuerdo al riesgo (ver actividades del objetivo c)*
- 1.12 *Se realizará diagnóstico del estado nutricional de la embarazada según el indicador adecuado al momento de la captación de la misma (peso; peso/talla/edad).*
 - a. *Toda embarazada clasificada con déficit nutricional deberá ser referida a la clínica de nutrición donde exista el recurso de nutricionista.*
- 2. *En los subsiguientes controles, se realizarán y evaluarán los siguientes aspectos:*
 - 2.1 *Verificación del llenado de la Historia Clínica Perinatal.*
 - 2.2 *Evaluación de los resultados de exámenes de laboratorio.*
 - 2.3 *Evaluación de los signos vitales.*
 - 2.4 *Evaluación del estado fetal:*
 - a. *Determinación de la altura uterina; medida en centímetro.*
 - b. *Evaluación de los movimientos fetales. Es importante la información que pueda dar la embarazada sobre la fecha del inicio de los mismos. La evaluación de los pará-*

metros a y b, le permitirá verificar si la edad gestacional calculada por la fecha de amenorrea es correcta.

- 2.5 Se administrará como profilaxis hierro y suplemento de vitaminas y minerales.
- 2.6 No se indicará ningún medicamento con excepción de aquellos que sean indispensables.
- 2.7 Durante el embarazo la ganancia de peso deberá tomar en consideración el estado nutricional de la embarazada.
 - a. En todos los casos el incremento de peso de la embarazada deberá ser constante y progresivo.
 - b. La ganancia mínima de peso, después del primer trimestre, debe ser de 1.1 kilo por mes.
- 2.8 Evaluación de la orina en cada control para detectar proteinuria y glucosa.
- 2.9 Se realizará un urinálisis completo, como mínimo, en cada trimestre, para determinar bacteriuria asintomática según el recurso existente.
- 2.10 Se repetirán los exámenes de Hemoglobina y Hematrocito, serología y glicemia a las 28 semanas de gestación.

2.11 Control de la eliminación del hábito de fumar e ingerir bebidas alcohólicas.

2.12 Se vacunará un Toxoide Tetánico para prevenir tétano neonatal.

a. La dosis a administrar será de 0.5 c.c. por vía im.

a.1 Se administrará la primera dosis en los controles de las semanas 16 y 22

a.2 Se administrará una segunda dosis en los controles de las semanas 28 a 30

b. La embarazada vacunada con dosis completa de toxoide tetánico, incluyendo el refuerzo del año, no será vacunada en un período menor de 10 años al actual **embarazo**.

c. La embarazada vacunada con Toxoide Tetánico en forma incompleta (1 dosis) no se considera inmunizada y deberá ser vacunada de acuerdo al esquema arriba descrito en el punto a.

2.13 En caso de que se sospeche de exposición al virus de la Rubéola en la embarazada se hará lo siguiente:

a. No se aplicará Gamaglobulina

b. No se aplicará vacuna

c. Se realizará cuanto antes la prueba de inhibición de la hemuglutinación (I y G) y se referirá a control de Alto Riesgo. (Ver Normas de Atención de la Rubéola y Embarazo).

2.14 Será referida al odontólogo para evaluación y tratamiento.

2.15 Se dará educación sobre los cuidados del embarazo, alimentación durante el embarazo, preparación para el parto, cuidados de las mamas y preparación para la lactancia materna, cuidados del recién nacido y del puerperio.

2.16 Se recomendará a la embarazada que aumente el período de reposo durante el día y que evite realizar trabajos agotadores.

2.17 Se procurará que toda embarazada asegurada activa, disfrute de la licencia de maternidad tal como lo establece la ley.

2.18 Se referirá a la gestante a los servicios especializados según el grado de riesgo el cual se actualizará en cada consulta.

2.19 El médico o el personal que da la atención asignará la fecha de la próxima cita.

3. Promueva la preparación psicoprofiláctica de la gestante; para ésto:

- 3.1 Promueva a nivel de todas las instituciones de salud la preparación psicoprofiláctica para el parto.
- 3.2 Adecúe locales para realizar la preparación de las gestantes.
- 3.3 El equipo de salud debe participar en las actividades de psicoprofilaxis del parto.
- 3.4 Las regiones deben ser dotadas de medios audiovisuales que permitan aumentar la calidad de la preparación para el parto.
- 3.5 El personal médico y de enfermería será capacitado en la técnica del parto psicoprofiláctico.
- 3.6 Se programará seminarios que permitan a todo el personal de salud, adquirir conocimientos sobre la psicoprofilaxis en el parto.
- 3.7 Se incrementará el interés en las embarazadas, familia y en el personal de salud, sobre la necesidad y ventajas de la preparación para el parto.

4. El 100 de los partos se tratarán de realizar en instituciones de salud y se vigilará que éstos reciban atención eficaz

- 4.1 A la embarazada se le orientará en consulta prenatal sobre la importancia y ventaja del parto institucional.

- 4.2 Los servicios preventivos coordinarán con los hospitalarios para que se programen las actividades a realizar con la gestante de acuerdo a la atención que brindarán según el concepto de riesgo.

b) Embarazo de alto riesgo

1. Se determinará el grado de riesgo a toda embarazada, desde el inicio del embarazo, clasificándola de acuerdo al sistema de evaluación que se adopte.

"Se define embarazo de Alto Riesgo aquel en que la madre, el feto y/o el neonato tiene una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto." ¹

2. Toda embarazada de Alto Riesgo recibirá una atención intensiva y especializada por el médico gineco-obstetra.

¹ Schwarcz et al.

3. *El Gineco-obstetra establecerá interconsultas con la propia especialidad y con otras, al atender a la embarazada con riesgo.*
4. *Toda embarazada será evaluada entre las 28 y 32 semanas para determinar nuevamente el riesgo obstétrico en ese período de la gestación.*
5. *Se priorizará la atención obstétrica, a las embarazadas jóvenes menores de 18 años, en los aspectos psicosociales.*
 - 5.1 *La adolescente embarazada se referirá al Psiquiatra, Psicóloga y Trabajador Social para diagnosticar riesgos psicosociales y darle tratamiento y seguimiento a los mismos.*
6. *Toda embarazada con historia de cesárea anterior, recibirá una consulta de pre-ingreso en la maternidad al cumplir las 36 semanas de gestación para programar la cirugía.*
7. *Toda embarazada de riesgo que haya sido hospitalizada, se le dará seguimiento cuando sea dada de alta si aún se mantiene el embarazo, en la clínica de alto riesgo.*
8. *Se consideran factores de riesgo perinatal, entre otros:*
 - *Desnutrición materna, sobrepeso y obesidad.*
 - *Trastorno hipertensivos del embarazo.*

Embarazo en menores de 18 años y mayores de 35 años.

Gran paridad (4 ó más partos).

Embarazo múltiple.

Peso inferior a 45 kilos en cualquier momento del embarazo.

Inicio de control prenatal en el tercer trimestre.

Corto intervalo intergenésico.

Primigesta con talla menor de un metro cuarenta centímetros.

Antecedentes de parto prematuro.

Aborto habitual y defunción fetal tardía.

Amenaza de aborto.

Rh negativo sensibilizado.

Cesárea anterior según causa que lo determinó.

Cardiopatías.

Nefropatías.

Diabetes y antecedentes familiares de diabetes.

Otras patologías endocrinas.

Displasia cérvico-uterina.

Ca. in-situ o invasor.

Anemia con valores de hemoglobina menores de 10 gramos y/o de hematocrito menores de 30%.

- Hemoglobinopatías.
- Antecedentes de enfermedad genética o malformaciones congénitas en embarazos anteriores.
- Enfermedades pulmonares.
- Lúes.
- Miomectomías
- Alcoholismo, tabaquismo.
- Fármacodependencia.
- Drogadicción durante el embarazo.
- Sangrado durante el tercer trimestre del embarazo.
- Ruptura prematura de membranas.
- Embarazo con amenorrea prolongada.
- Infecciones urinarias y virosis.

Se dará seguimiento a las puérperas cuyos embarazos fueron de riesgo.

9. Se crearán consultas especializadas para atender:
 - Mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo.
 - Puérperas cuyos embarazos y partos fueron de alto riesgo.

c) Evaluación del estado nutricional de la embarazada

1. Se detectará, durante la atención prenatal, a las gestantes malnutridas.

2. *Se vigilará la curva de ganancia de peso en cada control del embarazo. La ganancia mínima de peso, después del primer trimestre, debe ser de 1.1 kilo por mes.*
3. *Se considerará como riesgo obstétrico a toda embarazada que al inicio de la gestación tenga un peso para talla, menor del percentil 10 y mayor del percentil 90.*
4. *Se atenderá especialmente a las gestantes que han tenido previamente recién nacidos de bajo peso.*
5. *Durante la atención prenatal se detectará la malnutrición fetal y a la embarazada se le atenderá con prioridad.*
6. *Se facilitará el ingreso en hospitales a las embarazadas con malnutrición fetal o gran deficiencia ponderal (menor del percentil 20).*
7. *Las nutricionistas y dietistas se incorporarán a las tareas educativas sobre nutrición y dietoterapia, normadas en el Programa Maternal.*
8. *El nutricionista orientará al equipo de salud sobre la nutrición de la embarazada.*
9. *Se realizarán estudios relacionados con la alimentación y nutrición durante el embarazo.*
10. *Se estimulará en el gineco-obstetra el estudio de la nutrición y sus efectos sobre el feto y el*

recién nacido.

11. *Se realizarán investigaciones sobre el bajo peso al nacer y el estado nutricional materno y su repercusión el feto.*
12. *Se registrará en el Certificado de Defunción de la deficiencia ponderal de la madre, en caso de que exista, independientemente de la causa de la muerte.*
13. *Se valorará el estado nutricional de la gestante al ingreso hospitalario y se registrará en la hoja de egreso.*
14. *Se promoverá la creación de los servicios de clínicas de nutrición en todos los hospitales provinciales y centros de salud.*
15. *Se valorará la dieta y su composición nutricional en las pacientes hospitalizadas como parte de la terapéutica, enfatizando las que tengan riesgo.*
16. *Los especialistas de nutrición que laboran en las maternidades o servicios de obstetricia se incorporarán al equipo de salud Materno Infantil.*
17. *La embarazada obesa no será sometida a dieta de reducción durante el período de embarazo.*
 - 17.1 *Se hará educación nutricional para modificar los hábitos alimentarios.*
 - 17.2 *Durante el puerperio será referida al nutri-*

cionista para el manejo y control de su peso.

- a. Será responsabilidad del nutricionista darle seguimiento y promover un estado nutricional adecuado que le permita iniciar nuevos embarazos sin obesidad.

3.3 La Evaluación de la Calidad de la Atención

a) La calidad de la atención de salud

Con el fundamento en la idea de que todos los profesionales de la salud tenemos el mismo fin; el cual es promover la salud del individuo, familia y comunidad; es imperativa entonces la revisión del significado del concepto la calidad de la atención de salud.

Los diccionarios describen la calidad como el grado de excelencia que algo posee. No obstante, la definición del concepto calidad de la atención de salud resulta un poco más complejo y surge básicamente en el mundo de la medicina clínica. Existen gran número de publicaciones sobre evaluación de la calidad de la atención individual prestada a los pacientes y la mayoría se han llevado a cabo en hospitales y casi todos ellos en países industrializados. De esta manera gran parte de ese trabajo ha centrado su interés en la atención de pacientes con un diagnóstico específico y el acopio de datos se ha hecho sobre aspectos bastantes concretos del diagnóstico, el tratamiento o sus resultados.

Sin embargo, en los últimos años este interés se ha dirigido hacia la atención de salud ofrecida a un conjunto de individuos a través de un programa y por lo tanto han surgido diversos significados sobre el tema. Por ejemplo, el CIE la define como:

"el grado en que el proceso de atención aumenta las probabilidades de éxito y reduce aquellos que son indeseables." ¹

Roemer por su parte nos dice que en relación con la atención de salud:

"la calidad hace referencia a la medida en que los recursos para la atención de salud o los servicios incluidos en ella responden a unas normas establecidas." ²

Al mismo tiempo Humberto de Moraes se refiere al concepto de la siguiente forma:

"aquella que garantiza que cada paciente recibirá atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada, para alcanzar un resultado óptimo de acuerdo con los adelantos recientes de las ciencias médicas y en relación con la enfermedad principal o secundaria, la edad y el régimen terapéutico asociado. Para ello se utilizará un mínimo de recursos necesarios, con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades debidas al tratamiento, obteniéndose la

¹ CIE (1993:2).

² Roemer y Montoya (1988:3)

máxima satisfacción de los servicios recibidos, independientemente de si el nivel institucional de atención es primario, secundario o terciario."¹

En este sentido, consideramos que la calidad de la atención médica está condicionada por cuatro elementos básicos:

1. Calidad técnica de los profesionales, 2. Uso eficiente de los recursos, 3. Reducción al mínimo del riesgo de lesiones asociadas con los servicios de salud ofrecidos, 4. Satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y acceso a los servicios de salud.

Otra definición de este concepto es la que nos ofrece Avedis Donabedian que a la letra dice:

"que la atención de mayor calidad es aquella que produce la mayor mejoría prevista en el estado de salud."²

Siguiendo la misma línea Rutstein define la calidad en la siguiente forma:

"Es el efecto de la atención sobre la salud del individuo y de la población. Las mejoras de calidad de la atención debe reflejarse en una salud mejor."³

¹ Moraes (1993:357)

² Donabedian (1992:810).

³ Rutstein (1993:108).

En fin, la definición de calidad depende, pues, de las circunstancias de quien define, es decir de sus conocimientos, valores y recursos. Para los clientes significa un diagnóstico correcto y un tratamiento satisfactorio desde su punto de vista; para los profesionales, significa mejorar la calidad de vida de los pacientes según criterios estrictamente técnicos. Estos criterios también están influenciados por sus percepciones y éstas por el contexto donde se trabaja, la escuela médica responsable de su formación y sus valores personales intrínsecos.

b) Principios generales de la evaluación

La evaluación, en el contexto del Proceso de Gestión en Salud, debe ser un proceso permanente encaminado principalmente a corregir y mejorar las acciones con el fin de aumentar la permanencia, la eficacia y las eficiencias de las actividades de salud. Dentro de esta perspectiva, consideramos que la evaluación supone un espíritu abierto capaz de ejercer una crítica constructiva y exige del personal profesional la disposición adecuada para comunicarse libremente con sus homólogos y con otras personas u otros grupos competentes de los distintos niveles políticos y operativos de los sistemas de salud y de otros sistemas sociales y económicos con él relacionados sean nacionales o internacionales.

La O.P.S. en el libro Evaluación para el Planeamiento de

Programas de Educación Para la Salud señala como definición de evaluación lo siguiente:

"La evaluación es el conjunto de actividades, observaciones y recolección de información que nos permite

Saber: Cuánto hemos avanzado y cuánto nos falta para lograr los objetivos y metas para resolver un problema o responder a una necesidad.

Identificar: Cuáles son los logros (resultados positivos) y cuáles son las limitaciones y obstáculos que impidieron avanzar más.

*Decidir: Qué modificaciones y cambios se necesitan para optimizar los resultados positivos, mejorando y aumentando los servicios, atención y beneficios a la población, así como también para disminuir los fracasos."*¹

c) Objetivos de la evaluación

El objetivo como parte medular que guía el giro direccional de cualquier investigación no es menos importante en la evaluación.

La O.M.S., en el libro Evaluación de Programas de Salud reconoce que la evaluación es:

"un medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el fomento de

¹ O.P.S. (1990:6).

una planificación más satisfactoria mediante una selección rigurosa entre las distintas posibilidades de acción futura."¹

En el mismo contexto encontramos que tal evaluación supone un análisis crítico de los diferentes aspectos del establecimiento y la ejecución de un programa y de las actividades que constituyen el programa, su pertenencia, su formación, su eficiencia y eficacia, su costo y su aceptabilidad para las partes interesadas.

Roemer por su parte es un poco más específico al referirse al objetivo de la evaluación de la calidad de la atención de salud o de cualquier otro tipo de servicio y nos dice que en definitiva es el:

"de mejorar los resultados o la eficacia de los programas."²

La aseveración de Roemer se fundamenta en que según él, tal evaluación pone de manifiesto no sólo los logros de un programa, en relación con las normas establecidas o en comparación con otros programas equivalentes, sino que puede sugerir también el punto o los puntos de donde surgen las dificultades, permite centrar los esfuerzos en los eslabones más dé-

¹ O.M.S. (1981:11).

² Roemer y Montoya (Op. cit:12).

biles de la cadena e incluso aún cuando no sea posible identificar esos puntos, las acciones globales del programa pueden producir mejoras. Además, el proceso mismo de evaluación de un programa produce, por sí solo, determinados beneficios ya que el personal de un programa debe participar en cierta medida en su evaluación y esa experiencia contribuirá sin duda a afinar su comprensión de los factores responsables de la calidad.

d) Indicadores y criterios para la evaluación

d.1 Indicadores

Durante el proceso de evaluación se emplean como medios auxiliares, ciertos indicadores y criterios.

Los indicadores:

"son variables que facilitan la determinación de las modificaciones intervenidas"¹

son instrumentos de evaluación que pueden determinar las modificaciones directas o indirectamente. Por ejemplo, si el objetivo de un programa es formar cierta cantidad de personal auxiliar de salud cada año, puede utilizarse como indicador directo para la evaluación el número de personas efectivamente adiestradas anualmente.

¹ O.M.S. (1981:19)

Al elegir los indicadores hay que tener muy en cuenta hasta qué punto son válidos, objetivos, simples y específicos.

Según la O.M.S. el indicador es válido si revela efectivamente los cambios que se pretenden indicar. Es objetivo si arroja los mismos resultados cuando lo utilizan diferentes personas en distintos momentos. Es sensible si registra los cambios de la situación o el fenómeno de que se trata. Sin embargo, algunos indicadores pueden ser sensibles a más de una situación o fenómeno. Es específico si refleja los cambios exclusivamente en la situación o el fenómeno de que se trate.

Los indicadores de salud y relacionados con la salud, con frecuencia utilizados en diversas combinaciones, se emplean en particular para evaluar la eficacia y los efectos.

d.2 Criterios

Como su nombre lo indica son auxiliares de la evaluación que permitirán establecer un diagnóstico final de la evaluación realizada.

Mauricio Vargas Fuentes: al respecto nos dice que los criterios se enmarcan en los siguientes:

- 1. Propiedad: Evalúa si es apropiado o no, la aplicación de los criterios de frecuencia, vulnerabilidad y trascendencia a la situación de salud detectada en el diagnóstico.*
- 2. Adecuación: Evalúa la concordancia entre la situa-*

ción de salud detectada en el diagnóstico y los objetivos, actividades y estrategias planteadas en el programa a desarrollar.

3. Eficiencia: Califica la forma como se logran los resultados. Permite la evaluación del cómo se utilizan los recursos existentes, a través del análisis del rendimiento y productividad de éstos y del costo de las acciones ejecutadas.
4. Eficacia: La eficacia se mide en términos del resultado deseable u objetivos del servicio. Es diferente evaluar eficacia de servicios preventivos y curativos ya que sus objetivos son diferentes. Es por esta razón que la evaluación de la eficacia, requiere, generalmente, de estudios especiales, pero es válido desde el punto de vista conceptual y metodológico, inferir eficacia de resultados generales obtenidos en términos del logro de metas propuestas a través del análisis de la relación entre las programadas y ejecutadas y del gasto programado y el ejecutado.
5. Efectividad: El criterio de efectividad permite la evaluación del impacto de las acciones programadas y ejecutadas en la situación de salud que se detecta en el diagnóstico integral, pero se debe recordar que en la situación de salud, intervienen

múltiples factores, lo que dificulta la evaluación de la efectividad real de los servicios de salud.

e) Características de las áreas de evaluación de la calidad de atención

En muchos casos la calidad es y debe ser tan sólo una entre una serie de características que se hace evaluar. Es frecuente que se pierdan buenas oportunidades de examinar la calidad de los servicios de salud al tratar de obtener una información más amplia, o que se recojan únicamente algunos elementos sin coordinación, y casi al azar. De cualquier forma, la pauta que marca el método a elegir son los objetivos de la evaluación.

En un documento presentado por el Consejo Internacional de Enfermeras enumeran tres aspectos de los cuales depende una atención de calidad:

- "1. Su estructura: incluida la organización, administración, facilidades y equipo.
2. Proceso: incluido el personal, intervenciones y pacientes.
3. Resultados: individuales al igual que comunitarios, físicos, emocionales, sociales, el bienestar económico y la utilización de recursos."¹

Cada uno de estos aspectos debe ser tomado en considera

¹ C.I.E. (Op. cit).

ción y cuidadosamente medido a fin de cerciorarse de que los pacientes estén recibiendo la mejor atención posible.

En la misma línea, Humberto de Moraes considera que hasta el momento no existe ningún método único o superior para evaluar la atención de salud en términos absolutos. Para evaluar la capacidad técnica por ejemplo, se utiliza el expediente. En fin cada método puede aplicarse en una situación específica pero no en todas; no obstante sugiere considerar los siguientes elementos.

- 1. La estructura: ésta generalmente resulta más fácil, rápida y objetiva de evaluar, bien sea de los suministros, el personal, las calificaciones o incluso los aspectos gerenciales. Cabe recordar que la estructura más perfecta no garantiza la calidad, ya que el mejor sistema logístico para el suministro del mejor bisturí no evita que se corte una arteria.*
- 2. El proceso de la atención médica: tiene como base la revisión de las informaciones contenidas en los expedientes o la observación directa de los procedimientos. Esta evaluación también puede incluir el análisis de variables tales como el acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización de los servicios y la satisfacción del usuario.*
- 3. Efecto de la atención: por último, como la aprecia-*

ción del efecto de la atención médica sobre la salud es la meta más importante, evaluar los resultados de la atención es el objetivo final de los programas de calidad.

Mauricio Vargas Fuentes en su obra Gerencia de Servicios de Salud, también nos ofrece información amplia y relevante sobre este tema. Considera que las áreas a evaluar contienen las siguientes características:

- 1. Oferta: Caracteriza el volumen y tipo de recursos existentes en el área, desagregados en físicos, humanos y financieros. Se incluye también la organización y administración de estos recursos con el propósito de determinar si dan la respuesta requerida para la solución de las necesidades; identificadas en el área de demanda.*
- 2. Proceso: Esta área permite la evaluación de la interacción entre la demanda y la oferta. Caracteriza el rendimiento y productividad de los recursos y mide el costo de los servicios.*

En otras palabras, evalúa la utilización eficiente de los recursos.
- 3. Resultados: Incluye el producto de las actividades desarrolladas a partir de la programación integral de la atención. En este contexto, evalúa la cobertura del programa en general, así como la cobertura*

de las actividades finales (consulta médica por ejemplo) y la de las actividades intermedias (servicio de apoyo diagnóstico y tratamiento), además, permite el análisis de los gastos en la atención ofrecida. Al evaluar producto, evalúa la eficacia de la atención.

4. Impacto: Evalúa la efectividad del programa de atención integral, en términos de la reducción del riesgo de enfermar o morir de la población, cambio de actitud en los usuarios y satisfacción tanto de éstos como de los proveedores de los servicios.

En conclusión todas estas áreas son denominadas por los autores como universo o sujeto de la evaluación y son las que deben guiarnos en el establecimiento de los instrumentos para dicha evaluación.

f) ¿Quién realiza una evaluación, cuándo y dónde?

¿Cuándo deben llevarse a cabo las evaluaciones de la calidad?. Es la interrogante que surge de inmediato cuando nos referimos al tema de la medición de la calidad.

De acuerdo a la bibliografía revisada, la mayoría de los autores concuerdan en que la misma no debe, por supuesto, efectuarse, el primer día del funcionamiento de un programa, aunque esté realizado el trabajo previo metodológico.

La O.P.S. sostiene que:

*"parece razonable evaluar la calidad de un programa de atención primaria tan solo después de que esté aceptablemente bien establecido, esto es una vez cubierto casi todos los puestos y cuando se pres-
ten servicios de manera más o menos regu-
lar."*¹

El mismo autor nos sugiere también que en el caso en que haya surgido alguna crisis administrativa o técnica, la evaluación debe retrasarse hasta que se resuelva. En la atención primaria de salud, es decisiva la cobertura de la población, y si se ha alcanzado un punto en el que parece que la población de un distrito determinado está aceptablemente cubierta por lo que se refiere a determinadas actividades de importancia, ese es un buen momento para evaluar.

Por otro lado, los autores también coinciden en que ninguna evaluación transversal tiene un significado permanente, sino que una vez iniciadas; la evaluación y la garantía de la calidad han de convertirse en un proceso continuo y pasar a ser parte integrante de la prestación y gestión de los servicios, por lo que resulta necesario proceder a un examen periódico oficial de la situación. No es preciso fijar la periodicidad, pero los procedimientos de evaluación y garantía deben aplicarse siempre que se haya incorporado un nuevo procedimiento de importancia. Hasta cierto punto, una evalua-

¹ O.P.S. (1992:73).

ción inicial sirve como punto de partida para ulteriores evaluaciones de calidad.

Con respecto a quién debe realizar las evaluaciones oficiales de la calidad, los autores revisados sostienen que por supuesto debe ser una persona que esté técnicamente cualificada. Ahora, la pregunta obligatoria es si esta persona debe formar parte de la organización responsable del programa (por ejemplo, el Ministerio de Salud) o proceder del exterior (por ejemplo, una universidad)?. Los dos métodos tienen ventajas e inconvenientes.

Mencionaremos los más relevantes de acuerdo a Roemer quien considera que probablemente la persona de "dentro" estará familiarizada con las realidades y los problemas internos, pero tal vez le falte imparcialidad. Es más probable que las personas de fuera sean objetivas, pero pueden tener una actitud ingenua ante los problemas con los que hay que enfrentarse, y su juicio resultar, por consiguiente, demasiado crítico.

En fin nos dice el autor citado:

"puede resultar como mejor evaluador una persona de fuera que ha recibido una amplia orientación sobre las realidades de la situación. De lo contrario, un evaluador de dentro del programa debe ocupar una posición que garantice su independencia."¹

¹ Roemer y Montoya (op. cit.:24).

Otros autores señalan que quizá el ideal sea una colaboración entre evaluadores internos y externos, lo que a nuestro juicio resulta ser la concepción más acertada.

g) Limitaciones de la evaluación de la calidad de atención en salud

La evaluación, difícil en cualquier caso, presenta dificultades particulares en el sector salud debido a la propia naturaleza de estas actividades, que a menudo no se prestan fácilmente a la determinación de lo alcanzado por relación a un objetivo establecido de antemano en términos cuantitativos. Por ello, a menudo es indispensable emitir un juicio cualitativo, basado de ser posible en datos cuantitativos fidedignos.

Diversos autores entre los que se encuentran Roemer y los expertos de la OMS señalan que las siguientes son las limitaciones más comunes del proceso de evaluación de la salud de los Programas de Salud:

1. Las intrincadas relaciones que existen entre salud y otros sectores sociales y económicos: es la explicación a que muchos de los cambios de la situación sanitaria sean a menudo provocados por elementos ajenos a este factor, lo que añade dificultades a la evaluación y en particular a la de la eficacia y los efectos.
2. Resistencia intrínseca en principio a aceptar la evaluación y sus resultados como un instrumento de

gestión válido: la autodefensa induce con frecuencia a rechazar la evaluación. Ello hace aún más necesario establecer indicadores sensibles y fidedignos para evitar que se ataque la validez de los criterios aplicados.

- 3. Los vacíos de la información relativa al sector privado: Tanto cuando actúa con fines lucrativos como de forma benévola; este sector alcanza en algunos países gran amplitud y tiene considerable influencia sobre la calidad de la atención prestada a algunos sectores de la población.*
- 4. Deficiencias en el registro de información: El registro de los distintos elementos de la atención de salud se hace de manera muy deficiente en la mayoría de los países dificultando el acopio de información.*

Pese a estos y otros obstáculos, casi siempre es posible llevar a cabo algún tipo de evaluación sobre la calidad de aspectos esenciales de los recursos y actividades de atención de salud.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Descripción del Área Problemática

La salud de la embarazada constituye en la actualidad objeto de preocupación ya que de ella depende, en grado máximo, el bienestar de su progeñie. No obstante, a pesar de los esfuerzos invertidos, no se ha logrado colocar el control prenatal en el lugar que se había planificado en relación a la prevención y control de riesgos prenatales. Dado que existe una diversidad de elementos que, posiblemente han incidido en dicha situación, se hace necesario concientizar y encaminar el estudio hacia algunos en específicos. Así, en nuestro estudio pretendemos englobar gran parte de estos factores analizando la calidad del control prenatal a través de los siguientes aspectos:

- Proceso: incluye recursos materiales y humanos en relación a la demanda.*
- Impacto: incluye los indicadores nacionales tales como: cobertura del control prenatal, mortalidad materno perinatal y otros.*
- Aplicación de normas en la atención que se brinda.*
- Si el control prenatal recalca la prevención, detección y tratamientos tempranos.*
- Si la atención brindada se basa en principios científicos aceptados y en el uso eficiente de la tecnología apropiada y de recursos profesionales.*

Si la información registrada es suficiente para permitir la continuidad de los cuidados de la embarazada.

En fin, estos elementos son los que, a través del análisis de factibilidad realizado, hemos determinado investigar en dos instituciones de salud; una del Ministerio de Salud y la otra de la Caja de Seguro Social, específicamente nos referimos a la Policlínica Don Alejandro De La Guardia hijo y el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo, ya que consideramos que ambos recogen la tónica general del resto de los servicios públicos de salud.

4.2 Surgimiento del Estudio

A través de nuestra experiencia como enfermera obstetra en la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, nos hemos podido percatar de que gran cantidad de las embarazadas que allí acuden no poseen control prenatal o lo tiene, pero incompleto. Sin embargo, también hemos observado, que en algunas ocasiones, tanto aquellas pacientes que poseen control prenatal como las que no lo poseen, tienen inmersos factores de riesgos semejantes. Por ejemplo, ambos grupos presentan problemas de anemia, no tienen consignado el resultado de Papanicolau, no traen resultados de exámenes recientes y así sucesivamente podríamos mencionar distintas situaciones anómalas. Es de esta situación que nos surge la inquietud de saber en qué medida se promueve un control prenatal de calidad

en nuestras instituciones de asistencia social y cuya medición nos hemos propuesto lograr a través de este trabajo de investigación.

4.3 Enunciado del Problema

En base a la situación descrita y al panorama teórico antes presentado nos surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es el grado de la calidad del control prenatal que ofrecen nuestras instituciones públicas de salud?

4.4 Objetivos del Estudio

Con la finalidad de despejar ésta incógnita nos hemos trazado los siguientes objetivos:

a) Objetivo General

Evaluar la calidad del control prenatal que se ofrece a la embarazada en dos instituciones gubernamentales de salud.

b) Objetivos Específicos

- 1) Clasificar el grado de la calidad de dicho control.*
- 2) Establecer el grado de relación que existe entre los diferentes elementos de la calidad y el resultado final del proceso.*
- 3) Destacar las características relevantes del control*

prenatal ofrecido en las instituciones de salud de asistencia social.

4) *Reconocer los factores que predominantemente afectan la calidad de este control prenatal.*

4.5 Justificación del Estudio

Con el transcurso del tiempo nos hemos podido percatar de cuán importante resulta la salud de la población materno infantil en nuestro país. En base a ello se han implementado estrategias y actividades dirigidas a promover y proteger el bienestar de este grupo, una de las cuales la constituye el control prenatal.

Creemos que cualquier estudio relacionado con esta estrategia del Programa Maternal resulta de importancia crucial, más aún si se trata de evaluar la calidad del mismo.

Desglosaremos esta fase en tres elementos básicos que justifican el estudio:

a) Novedad: *A través de las indagaciones realizadas hasta el momento no hemos encontrado indicios de que se haya realizado una investigación similar, ya que a pesar de que sí se han evaluado programas; no se ha evaluado la calidad de éstos o de una de sus actividades como lo es el control prenatal.*

b) Utilidad: *La utilidad radica en la posibilidad de que los resultados nos den luces sobre los factores que están afectando la efectividad y excelencia del control prenatal y*

sobre esta base realizar ajustes de la norma, capacitación del personal y otros que sean necesarias.

c) Interés: Tomando en cuenta la proporción de la población que compone al grupo materno infantil resulta relevante y de interés cualquier posibilidad de mejorar la atención de la salud que se le ofrece.

Una de estas posibilidades, tal vez la más importante, la constituye la Evaluación de la Calidad del Control Prenatal que se implementa en la actualidad y esperamos que sus resultados sean de sumo beneficio.

4.6 Hipótesis

De acuerdo a los objetivos del estudio hemos planteado las siguientes hipótesis:

1. A mejor estructura física - organizacional empleada en el control prenatal, mayor el impacto alcanzado.
2. A mayor excelencia en el proceso de atención, mejores resultados alcanzados en el control prenatal.
3. A mejor estructura física - organizacional empleada en el control prenatal, mayor calidad en el proceso de atención.
4. A mejor estructura física - organizacional empleada en el control prenatal, mayores resultados alcanzados.
5. A mayor calidad del proceso de atención en el con-

trol prenatal, mayor el impacto logrado.

6. *A mejores resultados alcanzados, mayor el impacto logrado en el control prenatal.*

4.7 Variables

Las variables que involucra este problema de investigación son las siguientes:

Independiente:

Control Prenatal

Dependiente:

Calidad del Control Prenatal

Intervinientes:

Estructura física - organizacional de la institución de salud, proceso de atención, resultados e impacto alcanzados por el control prenatal.

4.8 Definición Operacional de Términos

- a. *Evaluación de Calidad*: *Medición del grado de excelencia. Clasificación y/o ubicación de los resultados obtenidos dentro de una escala numérica de calificación de la excelencia del control prenatal, asignándole calificativos tales como: calidad excelente, buena, regular y deficiente.*
- b. *Control Prenatal*: *Atención de salud cuyas pautas han sido establecidas por el Programa Maternal y*

que se brinda a la mujer desde el primer trimestre del embarazo hasta las 40 semanas de gestación.

- c. Instituciones Públicas de Salud: Se refiere a las instituciones que dependen económicamente del gobierno central y de la Caja de Seguro Social y cuyo objetivo es brindar asistencia sanitaria gratuita y sin fines de lucro.
- d. Alcance de Metas Programadas: Porcentaje de actividades logradas en relación al porcentaje establecido como meta en la Programación Anual del Control Prenatal de la institución para 1995.
- e. Cobertura Real Alcanzada: Porcentaje de embarazadas que reciben los beneficios del Control Prenatal en relación al universo de embarazadas que son responsabilidad de una institución de salud determinada.
- f. Concentración de citas: Sumatoria final de las citas del control prenatal logradas por todas las embarazadas encuestadas en una institución de salud determinada, en relación al total de citas esperadas según la norma del Programa Maternal.
- g. Resultado Alcanzado: Se refiere al alcance de metas programadas, cobertura real alcanzada, y concentración de citas alcanzadas por las embarazadas del estudio.
- h. Impacto Logrado: Se refiere a la reducción de

riesgo o de las complicaciones de la mujer en el embarazo, parto, puerperio. Es la capacidad del control prenatal de modificar la tasa de morbilidad materna y perinatal.

- i. Número de Complicaciones en el Embarazo, Parto, Puerperio: Se refiere a la ocurrencia de patologías prevenibles con el control prenatal durante el embarazo, parto y puerperio; incluyendo la condición del recién nacido.
- j. Estructura Física - Organizacional: Se refiere al conjunto de instalaciones físicas, programación anual, recurso humano, equipo y materiales necesarios para realizar el control prenatal.
- k. Proceso de Atención: Se refiere a la relación de diversas variables, específicamente a la aplicación de las normas del control prenatal en la atención que se brinda, información contenida en expedientes, tarjeta de control, grado de accesibilidad al servicio, asistencia a citas y satisfacción del usuario.
- l. Excelente Calidad: Se define como el control prenatal que reúne los elementos ideales para lograr el objetivo para el que fue creado, incluye promoción de la salud y prevención de enfermedades del binomio madre-hijo.

- m. Buena Calidad: Control prenatal que reúne los elementos indispensables para asegurar el bienestar de la embarazada y su progeñie y prevenir los riesgos más comunes a ambos. No incluye promoción de la salud.
- n. Regular Calidad: Control prenatal que reúne los requisitos mínimos necesarios para mantener la salud de la embarazada y de su progeñie. No incluye promoción de la salud ni prevención de riesgos.
- o. Deficiente Calidad: Los elementos que incluye el control prenatal deficiente permiten, con dificultad, asegurar la salud de la embarazada excluyendo a su progeñie.

4.9 Tipo de Estudio

Según el problema y los objetivos trazados consideramos que este estudio es de tipo retrospectivo ya que se basa en hechos ocurridos anteriormente. Igualmente, la investigación puede clasificarse como transversal ya que se realiza en un período de tiempo determinado previamente. No obstante, al mismo tiempo, correlaciona a cada una de las variables que influyen en la calidad de la atención para finalmente ofrecer la posibilidad de inferir estadísticamente cual es el efecto de dicha influencia en el producto final, es decir, en el grado de excelencia del control prenatal ofrecido. Desde este

último punto de vista consideramos al estudio de tipo analítico correlacional por observación.

4.10 Universo y Muestra

a) El Universo

Para realizar la investigación se tomó como universo la población de embarazadas bajo la responsabilidad de las dos instituciones de salud evaluadas, es decir, de la Policlínica Don Alejandro De La Guardia Hijo de Bethania y el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo. Esta población alcanza un número de 1972 y 1128 embarazadas para la primera y segunda institución respectivamente. La unidad de observación estuvo constituida por las embarazadas que acudieron al control prenatal de ambas instituciones de salud desde su primera cita y, que al momento de la recopilación de datos, cursarán su tercer trimestre de gestación.

Como unidad de muestreo se utilizó al grupo de embarazadas que se encontraba en la sala de espera de las dos instituciones de salud antes mencionadas y con las características preestablecidas.

b) La Muestra

Para el cálculo de la muestra recurrimos a la teoría establecida por Lwanga sobre "La Elección De Una Sola Muestra" la cual establece la siguiente fórmula:

$$n \text{ (tamaño de la muestra)} = \frac{Z^2 [P(1-P)]}{d^2} \quad ^1$$

Lwanga establece que cuando la proporción de la población a estudiar es desconocida, como era nuestro caso, P (proporción de la población) tiene un valor de 0.5 porque es la opción más "segura", dado que el tamaño de la muestra necesaria es mayor cuando $P=0.5$. Luego entonces con un nivel de confianza del 95% tenemos que $Z = 1.96$ y el valor " d " está dado por la precisión absoluta deseada a ambos lados de la proporción, para el cual elegimos el valor del 13%.

Finalmente, reemplazamos estos valores en la fórmula y tenemos que:

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2 [0.5 (1-0.5)]}{(0.13)^2} \\ n &= \frac{3.84 [0.5 (0.5)]}{0.0169} \\ n &= \frac{3.84 (0.25)}{0.0169} = \frac{0.96}{0.0169} = \\ n &= 56.8 \approx 57 \end{aligned}$$

Este tamaño de n lo aumentamos en un 5% (tres unidades más) por la conveniencia del número; es decir, trabajamos con una muestra de 60 embarazadas, y consideramos a cada institución un estrato asignándole a cada una el 50% de la muestra. En conclusión, estudiamos 30 embarazadas en cada institución

¹ Lwanga (1991:25).

de salud investigada.

El grupo de embarazadas de la muestra se eligió de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Que estuviese controlándose desde su primera cita en esa institución de salud.
2. Que portara su tarjeta de control prenatal con los datos desde su primera cita.
3. Que, en el momento de la entrevista, cursara su tercer trimestre del embarazo.
4. Que tuviera la disponibilidad para participar del estudio.

4.11 Instrumento - Métodos y Técnica de Recolección de Datos

a) Instrumento

Con el afán de alcanzar los fines preestablecidos del estudio, diseñamos un instrumento tipo "Hoja Cotejo" cuyas respuestas cuantificamos numéricamente y según prioridad. Este concepto de prioridad fue establecido por nuestra persona, pero basándonos en lo que la teoría y práctica de la realización del control prenatal nos ha enseñado; de tal forma que aquellos criterios con varias alternativas, se ordenaban según su grado de "indispensabilidad" y en igual forma se asignaban los valores numéricos. En síntesis, este procedimiento comprende los siguientes pasos:

1. *Determinar el valor máximo del criterio.*
2. *Establecer el total de alternativas en que se podía presentar este criterio (número de subcriterios).*
3. *Ordenarlas, basándonos en los que ofrecen mayor grado de eficiencia e indispensabilidad hacia los que ofrecen menor grado de ello en la atención del control prenatal.*
4. *Asignarle el valor numérico a cada uno, partiendo del valor máximo establecido para el más eficiente e indispensable con el ciento por ciento y degradando este porcentaje para los ulteriores.*

Cabe señalar que este proceso nos facilitaría la operacionalización de los resultados logrados.

Esta hoja cotejo consta de cinco grandes partes; cada una relacionada con los elementos que inciden en la calidad de la atención, según los autores de nuestro marco de referencia y a su vez cada una con un total de puntos esperados que definimos con la suma de los valores numéricos asignados a todos los criterios que la conformaban y que dan un total de 1800 puntos.

En la primera parte encontramos las características biosicosociales que abarcan los datos generales y los aspectos fisiológicos intimamente ligados a su embarazo.

En la segunda parte se evalúa la Estructura física y administrativa de las instituciones evaluadas lo que incluye la estructura física, recursos humanos, equipo y materiales,

la programación administrativa esencial para alcanzar la calidad en el control prenatal.

La tercera parte se denomina "Proceso de Atención" e incluyen dos etapas:

Etapa A: Aplicación de normas en la atención prenatal

Etapa B: Accesibilidad al servicio y satisfacción del usuario.

La cuarta parte se refiere a los "Resultados Alcanzados y alcance de Metas Programadas que permite evaluar los logros comparados con las metas programadas para el control prenatal.

Finalmente tenemos la quinta parte denominada Impacto Alcanzado - Evolución del Parto y Puerperio la cual recoge datos y características de la etapa del parto y puerperio de las pacientes del estudio.

b) Métodos

Nuestro estudio involucra diversos métodos, los cuales se aplican según la parte del instrumento que se utiliza.

Así por ejemplo, en la primera parte de Datos Generales, se utiliza la entrevista con la paciente complementada con la observación y revisión de la tarjeta de control.

En la segunda parte, se emplea, la observación directa del investigador en las instalaciones físicas de la institución de salud donde se realiza el estudio combinado con la entrevista de las autoridades administrativas relacionadas con

el control prenatal que ofrecen.

La tercera parte requiere de la observación de la tarjeta de control prenatal para la Etapa A y de la entrevista de la paciente para la Etapa B.

Para la cuarta parte se emplea la entrevista con las autoridades administrativas del Programa Maternal y la revisión de los resultados de la Evaluación Anual de Metas del Control Prenatal.

La quinta parte involucra la revisión de la hoja de referencia de la puérpera y de su recién nacido al igual que la revisión de los resultados de las cita puerperal y de crecimiento y desarrollo, de la madre y del niño, respectivamente, en el expediente.

c) Técnica

Al igual que una combinación de métodos, este instrumento requiere de la mezcla de diferentes técnicas que describimos a continuación:

- a. Al entrevistar al personal de salud y al paciente la técnica es directa ya que el investigador participa personalmente en este acto.*
- b. Al revisar expediente y tarjeta de control la técnica es indirecta ya que se obtienen información sobre el proceso de atención sin estar presente durante el mismo, es decir de fuentes secundarias.*

4.12 Procedimiento

Para la elaboración de esta investigación, seguimos el proceso que exponemos a continuación:

1. En noviembre de 1995 enviamos sendas cartas a las Direcciones Médicas y de Enfermería de la Policlínica Don Alejandro De La Guardia hijo de Bethania y al Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo. El objetivo de la misma era obtener autorización para aplicar el instrumento de investigación previamente elaborado.

2. Obtenido el permiso, procedimos a la prueba del instrumento con un número de 10 embarazadas, luego del cual nos vimos apremiadas a efectuar pequeñas correcciones y ampliaciones al mismo.

3. A mediados del mes de diciembre de 1995 iniciamos la captación de las embarazadas que conformarían la muestra con la aplicación de la I, III y V Parte del Instrumento. Cabe señalar, que esta captación se dio al unísono en ambas instituciones de salud del estudio y culminó a mediados del mes de enero de 1996.

4. Seguidamente iniciamos la revisión de los expedientes de cada embarazada. Esto con el fin de comparar los resultados logrados a través de la entrevista y revisión de las tarjetas de control de cada embarazada de la muestra. Esta comparación ampliaría y a su vez ofrecería mayor fundamento al análisis de datos. Esta revisión fue necesario realizarla, en

ocasiones, hasta tres veces mientras esperábamos que la paciente acudiera a su cita puerperal. En este sentido deseamos señalar que no todas las primeras 60 encuestadas regresaron al puerperio. Previendo ésta pérdida, habíamos encuestado a 20 embarazadas más, 10 en cada centro, con las que completamos el tamaño de la muestra. En fin, esta fase del estudio logramos terminarla en mayo de 1996.

5. Previamente habíamos establecido una cita con la enfermera encargada del Programa Maternal para recabar la información perteneciente a la segunda y cuarta parte del Instrumento, para ello nos basamos en la observación directa de las instalaciones, en las respuestas de la enfermera y en la evaluación anual de metas que ya había sido realizado en cada una de las dos instituciones de salud.

6. Culminada la aplicación del instrumento en su totalidad, procedimos a su tabulación y análisis, en el lapso comprendido entre los meses de junio a agosto de 1996.

7. Finalmente la elaboración del informe final.

4.13 Tabulación y Análisis de Datos

1. Debido a que las variables de nuestra investigación pertenecen a la escala numérica, fue un poco más simple su tabulación.

2. Los datos se procesaron en diferentes fases: generación de datos, depuración de datos, generación de frecuencia

de datos, cruce de variables.

3. Con la intención de obtener una idea más clara y precisa del comportamiento de las variables que intervienen en los resultados de esta investigación aplicamos diferentes pruebas estadísticas tales como: análisis porcentuales, distribuciones de frecuencia, promedios y la prueba del ji cuadrado para establecer la dependencia o independencia de las variables de las hipótesis planteadas.

4.14 Limitaciones

A lo largo de la elaboración del trabajo nos encontramos con las siguientes limitantes.

1. La prevalencia del derecho a la privacidad en la relación médico paciente, frente a nuestro deseo de evaluar directamente el proceso de atención en control prenatal.
2. Falta de un instrumento probado en nuestro medio para evaluar calidad, que nos sirviera de modelo.
3. Deficiencia en la consignación de información en la tarjeta de control y el expediente clínico.
4. La deserción en la atención puerperal de un porcentaje mínimo de la muestra.
5. La escasez de material bibliográfico en el período de elaboración del marco teórico.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cuadro I. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN EDAD. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

EDAD (EN AÑOS)	Policlínica Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 - 19	2	6.7	5	16.7
20 - 24	7	23.3	12	40.0
25 - 29	9	30.0	7	23.3
30 - 34	9	30.0	4	13.3
35 - 40	3	10.0	2	6.7
Mediana	27.7	-	24.2	-
TOTAL	30	100.0	30	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

Los datos del cuadro I señalan que de acuerdo con la distribución por edad; en la Policlínica de Bethania, la mayor concentración de embarazadas se ubican en el tramo de 25 a 34 años, 60.0 por ciento; en tanto que en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, la mayor concentración se localiza en el grupo de 20-29. Esta particular distribución da origen a una mediana de edad de 27.7 años para el conjunto de mujeres que asisten a la Policlínica de Bethania en comparación con 24.2 años para el grupo que concurre a Pueblo Nuevo, es decir, una diferencia de 3.5 años.

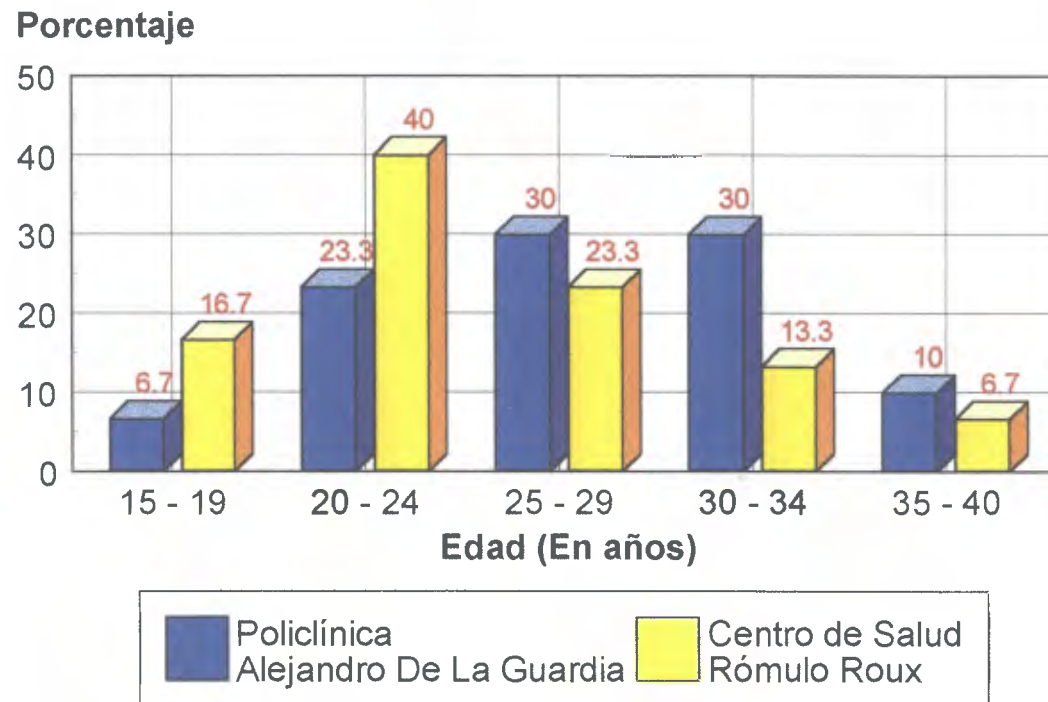
Comparando la distribución de las embarazadas, en el extremo superior de la escala de edades, los datos señalan una

alta incidencia de embarazos precoces en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, 16.7%, en relación a la Policlínica de Bethania, 6.7%.

La edad de las embarazadas es importante por cuanto es conocido que la misma se relaciona con la madurez y ésta a su vez, influye en la responsabilidad frente al cuidado de la salud. De allí, que entre más jóvenes sean las clientes del control prenatal más enérgica debe ser la educación que se les ofrece; además ésta evidencia la necesidad de reforzar la educación sexual en el programa de adolescentes y de establecer estrategias para captarlas en los inicios de su embarazo.

La aseveración anterior es sustentada por los resultados del cuadro de inicio de control prenatal (Cuadro VII, pág. 87) donde el mayor porcentaje de pacientes que inician el control prenatal tardío son del Centro de Salud Rómulo Roux, es decir se sugiere la hipótesis de que a menor edad de la embarazada más tardío el inicio de su control prenatal.

Fig. 1. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según edad en años. Diciembre 1995-Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro II. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Policlínica Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Completa	3	10.0	3	10.0
Secundaria:				
Incompleta	4	13.3	13	43.3
Completa	11	36.7	13	43.3
Universidad Incompleta	12	40.0	1	3.3
TOTAL	30	100.0	30	100.0

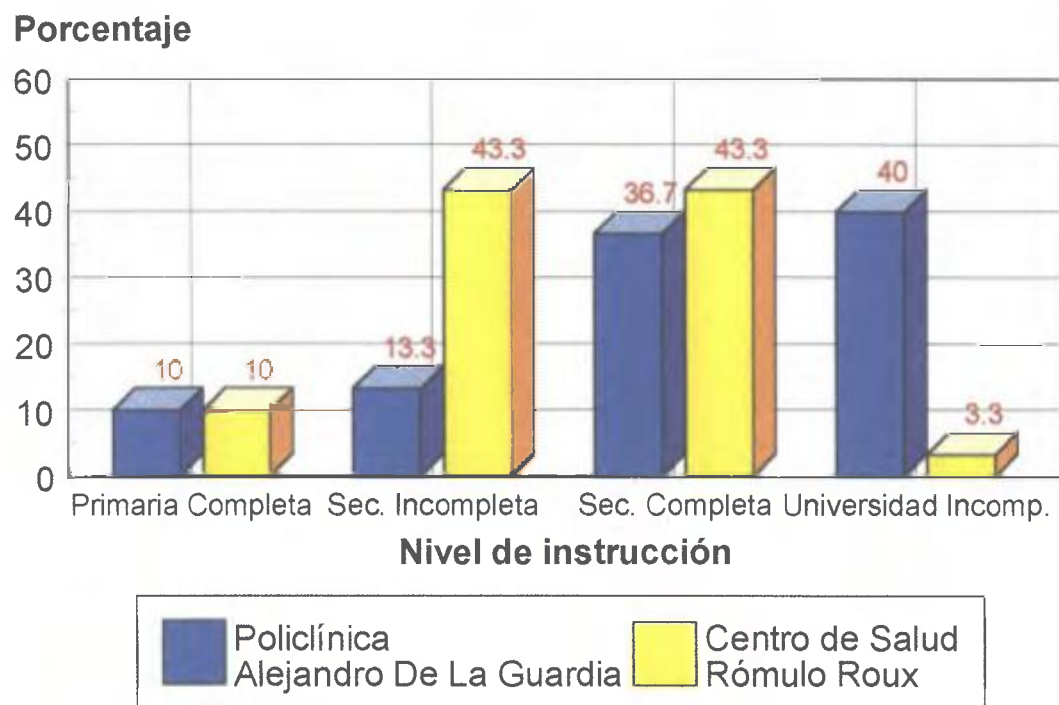
Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

El análisis de este cuadro sugiere la conclusión de que en ambos servicios de salud estudiados, un porcentaje representativo de embarazadas poseen educación secundaria (Policlínica = 36.7% y Centro de Salud = 43.3%).

Por otro lado, el porcentaje de pacientes de la Policlínica que poseen algún año universitario aprobado (40.%) es comparativamente significativo con el 3.3% de los pacientes del Centro de Salud. Por su puesto, que el nivel educativo más elevado alcanzado por las pacientes aseguradas está directamente relacionado con el hecho de que también alcanzan edades más maduras que las no aseguradas (Cuadro I, pág. 71) e ingresos familiares más elevados. Estos resultados son importantes por su influencia en la calidad del control prenatal que se

ofrece, ya que en base al nivel de instrucción deberá planearse la educación en servicio para lograr cambios en los hábitos, creencias y costumbres de la embarazada.

Fig. 2. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según el nivel de instrucción. Diciembre 1995-Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

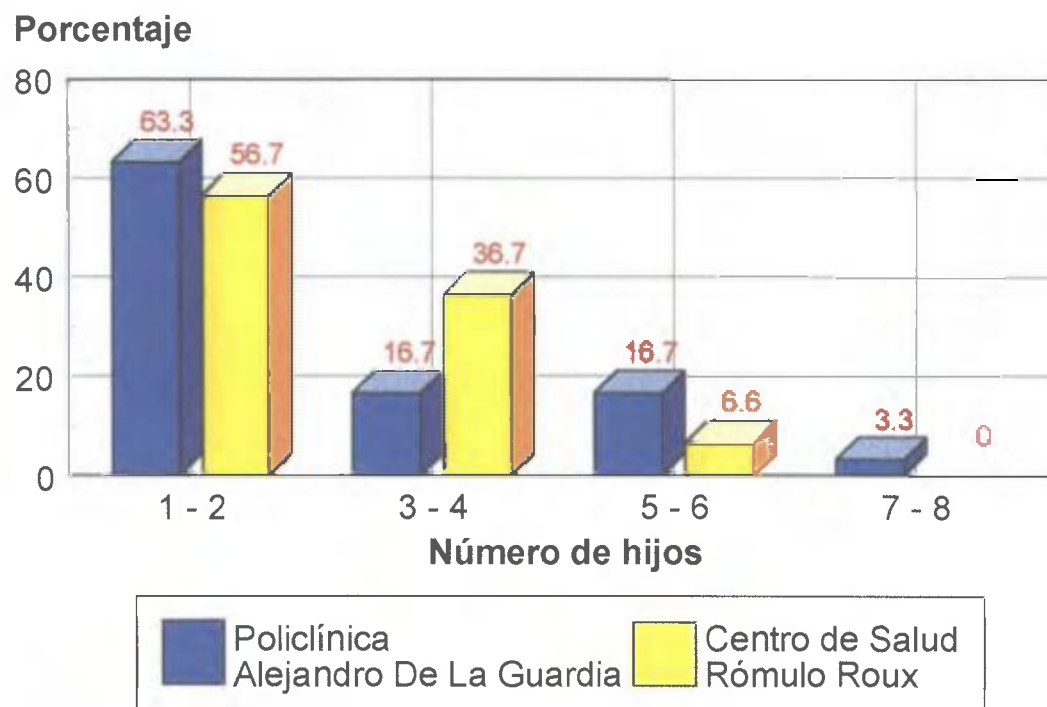
Cuadro III. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

NÚMERO DE HIJOS	CENTRO DE ATENCIÓN / NÚMERO DE EMBARAZADAS			
	Policlínica Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1 - 2	19	63.3	17	56.7
3 - 4	5	16.7	11	36.7
5 - 6	5	16.7	2	6.6
7 - 8	1	3.3	0	0
TOTAL	30	100.0	30	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

Los datos del cuadro permiten constatar la tendencia de la disminución de la fecundidad en Panamá. Según el análisis de los datos censales de 1990, la tasa global de fecundidad es de alrededor de 2.9 hijos por mujer, en comparación con los 5.6 hijos por mujer prevalecientes 20 años atrás. En este aspecto, los datos permiten calcular un promedio de 2.7 hijos en el conjunto de mujeres que asisten a la Policlínica de Bethania y de 2.5 hijos entre las que concurren al Centro de Salud de Pueblo Nuevo. Atendiendo a la distribución relativa, los datos muestran un 63.3% de mujeres en la Policlínica de Bethania y un 56.7% de el Centro de Salud de Pueblo Nuevo que tienen entre uno a dos hijos.

Fig. 3. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según número de hijos. Diciembre 1995-Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro IV. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN TIPO DE OCUPACIÓN. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

TIPO DE OCUPACIÓN	Policlínica Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo fuera del hogar	19	63.3	6	20.0
Ama de Casa	11	36.7	23	76.7
Estudiante	0	0	1	3.3
TOTAL	30	100.0	30	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

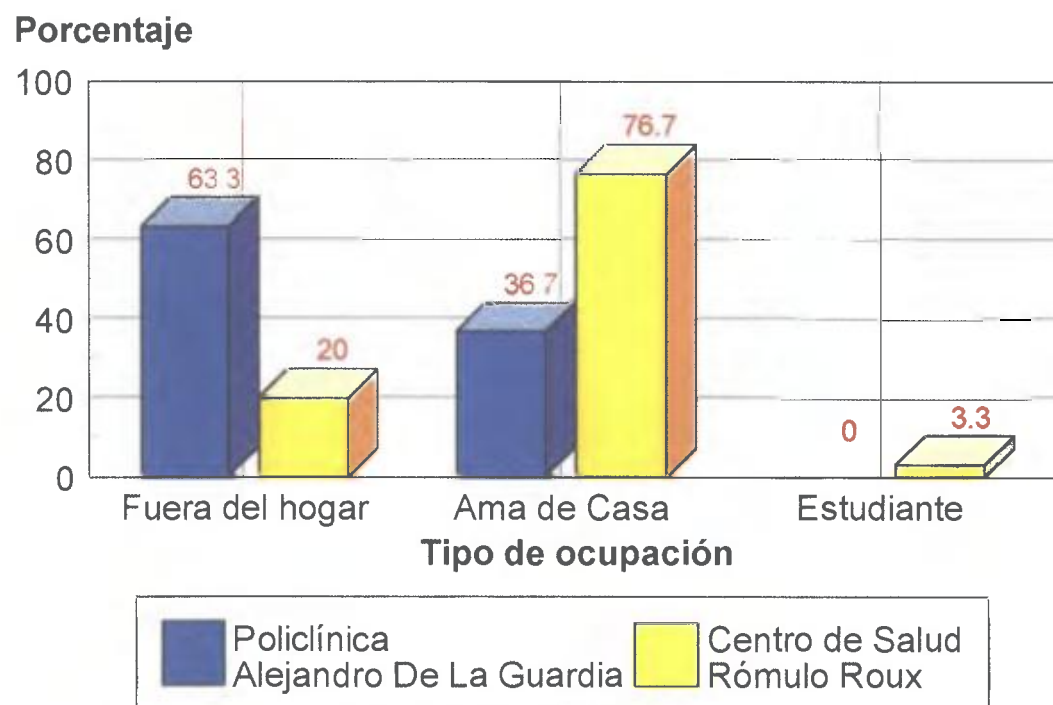
Las sugerencias de este cuadro corresponden a lo esperado; por cuanto las pacientes aseguradas son las que en gran porcentaje (63.3%) laboran fuera del hogar o poseen trabajo remunerado. En contraste con los pacientes que acuden al Centro de Salud cuyo mayor porcentaje (76.7%) son amas de casa.

Llama la atención el hecho de que, a pesar de que en ambos servicios de salud encontramos mujeres entre los 15 y 19 años de edad, sólo una de ellas que representa el 3.3% del Centro de Salud está realizando estudios aún. Este resultado comprueba la tesis sostenida por diversos autores de que el embarazo precoz trunca las expectativas de la adolescente y limita su autorrealización.

Lo relevante de la ocupación de las pacientes es: ¿en qué medida la misma limita la concurrencia de ellas a los

servicios de salud; por lo que con estos resultados podría inducirse que debe haber mayor asistencia entre las amas de casa (pacientes del Centro de Salud) que las que laboran fuera de ella. Sin embargo, el Cuadro VII revela lo contrario, es decir, el control prenatal temprano lo inician, con mayor frecuencia relativa, las pacientes de la Policlínica (Cuadro VII, pág. 87), lo que nos lleva a concluir que posiblemente el factor decisivo es la accesibilidad económica a la atención; en la cual, por su puesto están beneficiadas las que laboran fuera del hogar precisamente porque tienen un salario propio y además el servicio de las consultas es gratuito por ser aseguradas. El conocimiento de la ocupación de las pacientes permitirá implementar estrategias tales como visitas domiciliarias, visitas-control a las fábricas y/o fuentes de trabajo donde ellas se encuentren, incluso se podrá variar el horario en el que se ofrece el servicio basándose en sus necesidades reales.

Fig. 4. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según tipo de ocupación. Diciembre 1995-Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

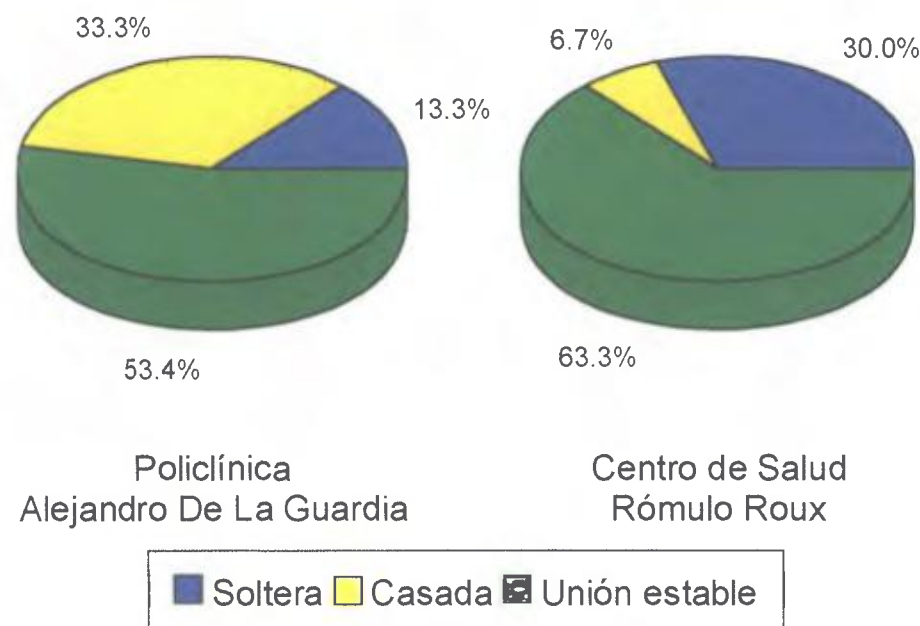
Cuadro V. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN ESTADO CIVIL. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

ESTADO CIVIL	Policlínica Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	4	13.3	9	30.0
Casada	10	33.3	2	6.7
Unión Estable	16	53.3	19	63.3
TOTAL	30	100.0	30	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

Los resultados ponen en evidencia la menor frecuencia de uniones legales frente a la alta prevalencia de las uniones de hecho o unión estable que alcanza altos porcentajes en ambas instituciones de salud. También es relevante los porcentajes de madres solteras, que resultan dos veces mayor (30.%) en el Centro de Salud. Este dato es congruente con la edad de las pacientes de este Centro (el 66.7% tiene edades entre 15 a 24 años) donde posiblemente lo que impera es un embarazo no planeado que resulta de una relación sexual casual y que a su vez influirá negativamente en el interés de la madre en cuidar del embarazo.

Fig. 5. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según estado civil. Diciembre 1995-Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro VI. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN INGRESO FAMILIAR MENSUAL. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

INGRESO FAMILIAR MENSUAL EN BALBOAS	Policlínica Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
300 y Menos	9	30.0	9	30.0
300 - 399.99	3	10.0	10	33.3
400 - 499.99	3	10.0	6	20.0
500 - 599.99	7	23.3	1	3.3
600 y más	8	26.7	4	13.3
TOTAL	30	100.0	30	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

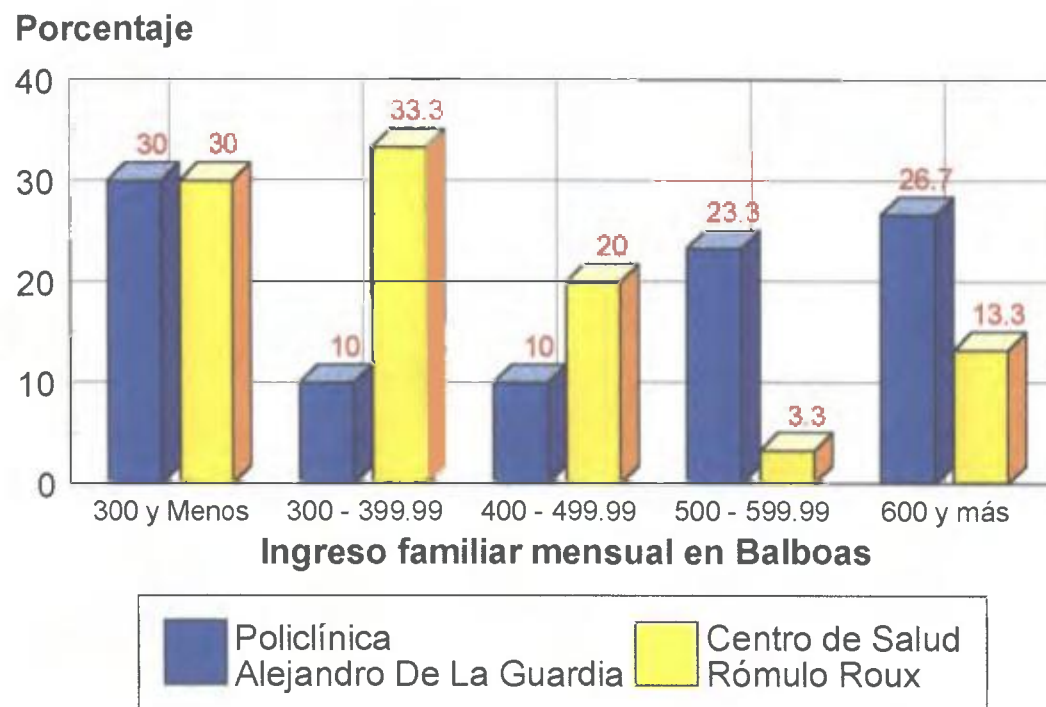
El nivel económico de las pacientes cuantificado a través del ingreso familiar mensual, señala una mediana de B/.500.00 para las usuarias de la Policlínica de Bethania, en comparación con B/.360.00 de las del Centro de Salud de Pueblo Nuevo. Esta información está determinada por el tipo de ocupación de uno u otro conjunto de pacientes. En la Policlínica predominan pacientes con trabajo remunerado en comparación con la actividad de ama de casa, predominante en el grupo del Centro de Salud.

Conocer esta característica de las pacientes nos permite sustentar estrategias para mejorar la accesibilidad económica del control prenatal.

En este sentido podemos manifestar que el Centro de Salud

ha establecido algunas estrategias como por ejemplo, arreglos de pago para los laboratorios, obsequio de hematínicos y otros.

Fig. 6. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según ingreso familiar mensual. Diciembre 1995-Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro VII. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN LA SEMANA DE GESTACIÓN EN QUE INICIARON EL CONTROL PRENATAL. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

SEMANA DE INICIO. DEL CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA DE EMBARAZADAS, SEGÚN LUGAR DE CONTROL PRENATAL			
	Policlínica Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Desde el inicio hasta la semana 12 de gestación	8	26.7	6	20.0
Entre la semana 13 a 16 de gestación	6	20.0	7	23.3
Entre la semana 17 a 20 de gestación	9	30.0	4	13.3
Después de la semana 20 de gestación	7	23.3	13	43.3
TOTAL	30	100.0	30	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

Los resultados del cuadro señalan que aproximadamente sólo un cuarto del total de las embarazadas encuestadas iniciaron control prenatal en el primer trimestre de gestación, según lo que establece la norma; es decir, antes de la semana número trece del embarazo. Esta reflexión se aplica más acertadamente a las embarazadas de la Policlínica de Bethania (Alejandro De La Guardia) ya que para el Centro de Salud de Pueblo Nuevo (Rómulo Roux) este porcentaje es más

bajo (20%).

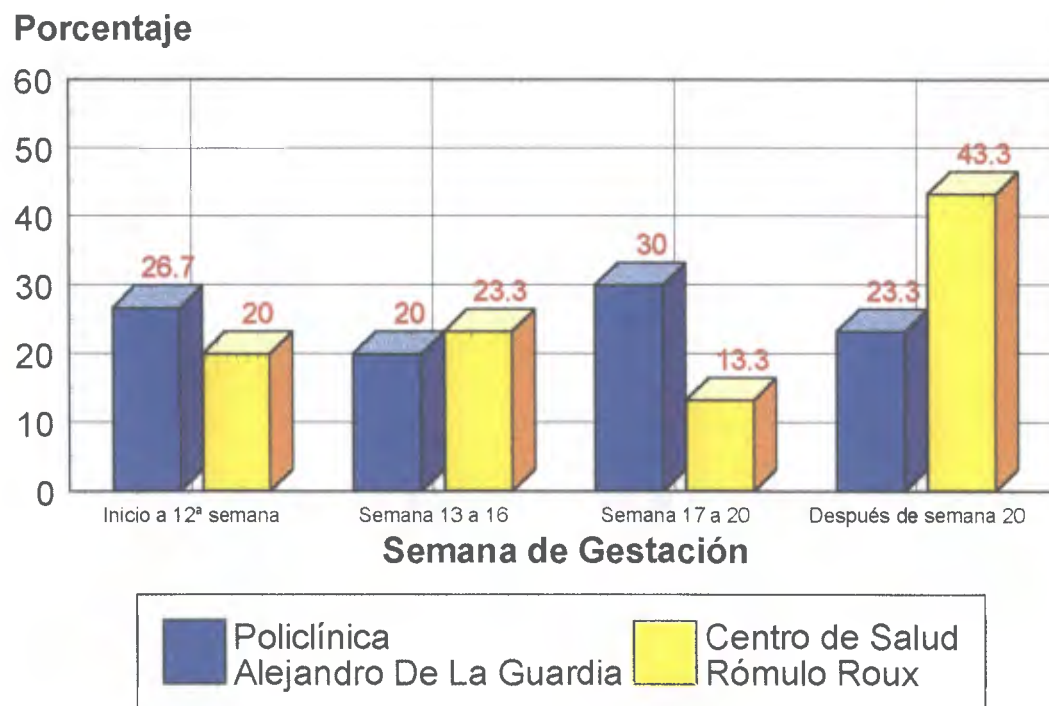
Si analizamos el siguiente intervalo de inicio de control prenatal observamos que el porcentaje es más o menos similar para ambos centros de salud (Policlínica 20% y Centro de Salud 23.3%). Sin embargo, estos resultados revelan también que para la Policlínica de Bethania el mayor número de embarazadas inician su control prenatal entre la semana 17 a 20 de gestación (30%) y un porcentaje considerable lo inician aún más tarde; es decir, después de la semana 20 del embarazo (23.3%). Si sumamos estos dos últimos porcentajes encontramos que más de 15 embarazadas (53.3%) inician su control tardío (después de la semana 17 del embarazo). Esto es más alarmante para el Centro de Salud de Pueblo Nuevo cuya mayor concentración (43.3%) lo inician en la semana 20 ó más de gestación.

Los estudios han demostrado que existen diferentes variables inmersas en la obtención de estos resultados, por ejemplo en el caso de las pacientes del Centro de Salud podrían afectar el bajo nivel educativo que ellas poseen y su bajo ingreso económico familiar. En tanto para la Policlínica, los factores que posiblemente afectan son principalmente el hecho de laborar fuera del hogar y la necesidad de ausentarse y/o llegar tarde a sus labores cuando acuden a cita.

El aspecto de la calidad de atención que debe ser evaluado es precisamente la estrategia de captación temprana a través de visitas domiciliarias, que no se realizan en

ninguna de las dos instituciones estudiadas y tal vez, la implementación de un sistema temprano de referencia del patrono de la embarazada a la institución de salud correspondiente.

Fig. 7. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según la semana de gestación en que iniciaron el control prenatal. Diciembre 1995-Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro VIII. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN CONCENTRACIÓN DE CITAS DEL CONTROL PRENATAL. DICIEMBRE 1955-MARZO 1996

CONCENTRACIÓN DE CITAS	Policlínica Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1 - 3	6	20.0	8	26.6
4 - 6	13	43.3	11	36.7
7 - 9	11	36.7	11	36.7
TOTAL	30	100.0	30	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

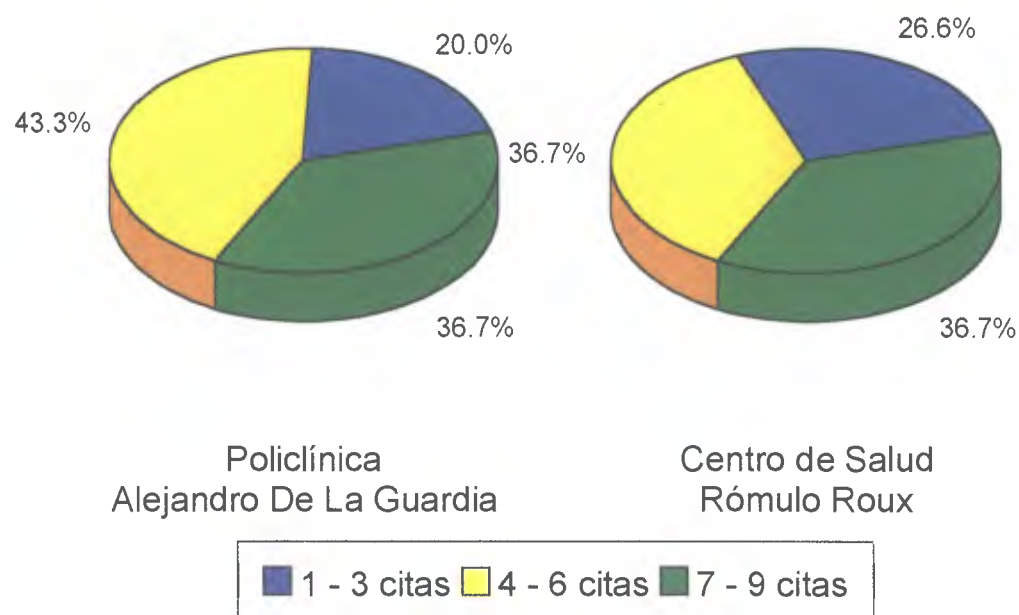
Si analizamos las cifras contempladas en el cuadro podemos concluir que más de un tercio de la muestra alcanza una concentración de citas adecuadas según lo establece la norma para ambas instituciones; es decir, entre 7 a 9 citas. Sin embargo, resalta también la cifra de 43.3% (Policlínica) a 36.7% (Centro de Salud) de embarazadas que logran entre 4 a 6 citas, pero más alarmante resulta el casi un cuarto de la muestra que sólo logra un máximo de tres citas para ambas instituciones de salud.

Estos resultados guardan íntima relación con la semana de inicio del control prenatal (Cuadro VII, pág. 87), según el cual en el rango de 4-6 citas deberán concentrarse más del 40% de las pacientes del Centro de Salud que fueron las que iniciaron control prenatal después de la semana 20 de gestación.

No obstante, el mayor porcentaje de este rango de citas lo tienen las pacientes de la Policlínica. Podemos inferir que esto se debe principalmente al grado alto de ausentismo que observamos en los expedientes de las pacientes aseguradas quienes nos informaron que tenían la limitante de tener que solicitar permiso en sus trabajos cada vez que tienen cita.

Esta conclusión también nos lleva a pensar en la posibilidad de adecuar horarios de atención vespertina para estas pacientes, haciendo más accesible el control prenatal.

Fig. 8. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según concentración de citas del control prenatal. Diciembre 1995 - Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro IX. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN EL TIPO DE DOCENCIA RECIBIDA EN EL CONTROL PRENATAL. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996.

DOCENCIA RECIBIDA	LUGAR Y EMBARAZADAS			
	Pol. Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Total	Porcen- taje	Total	Porcen- taje
Cuidado del embarazo embarazadas.	$\frac{30}{17}$	$\frac{100.0}{56.7}$	$\frac{30}{26}$	$\frac{100.0}{86.7}$
Alimentación del embarazo embarazadas	$\frac{30}{18}$	$\frac{100.0}{60.0}$	$\frac{30}{26}$	$\frac{100.0}{86.7}$
Preparación para el parto embarazadas	$\frac{30}{11}$	$\frac{100.0}{36.7}$	$\frac{30}{23}$	$\frac{100.0}{76.7}$
Preparación para la lactancia embarazadas	$\frac{30}{17}$	$\frac{100.0}{56.7}$	$\frac{30}{21}$	$\frac{100.0}{70.0}$
Cuidados del recién nacido embarazadas	$\frac{30}{11}$	$\frac{100.0}{36.7}$	$\frac{30}{19}$	$\frac{100.0}{63.3}$
Cuidados del puerperio embarazadas	$\frac{30}{11}$	$\frac{100.0}{36.7}$	$\frac{30}{16}$	$\frac{100.0}{53.3}$
TOTAL DE CHARLAS OFRECIDAS	<u>180</u>	<u>100.0</u>	<u>180</u>	<u>100.0</u>
TOTAL RECIBIDAS	85	47.2	131	72.0

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

Estos resultados demuestran el grado de efectividad de la docencia programada para las embarazadas que acuden al control prenatal en las dos instituciones del estudio. En ellos podemos observar la gran ventaja que tiene el porcentaje de charlas recibidas por las pacientes en el Centro de Salud (72%=131 charlas) en relación al número de charlas recibidas por las pacientes de la Policlínica (47.2%=85). Consideramos

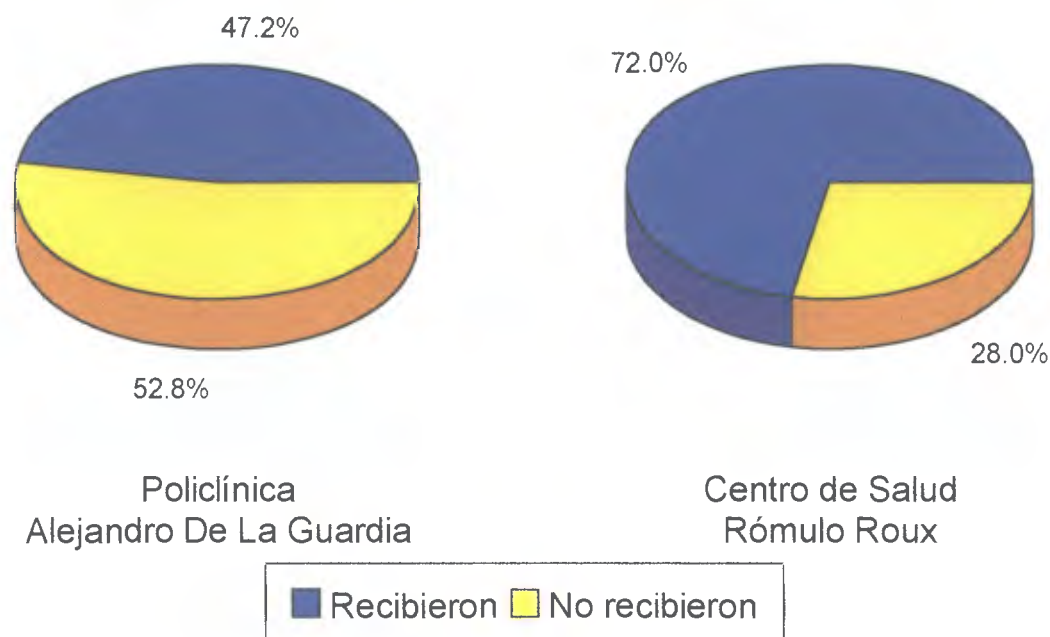
que esta deficiencia se basa principalmente en la estrategia administrativa del centro de salud que incluye, además de la presentación oral del temario educativo todos los días, la entrega de un panfleto escrito con igual contenido lo que asegura la mayor cobertura docente de las pacientes. Este folleto además de la enfermera lo entrega la nutricionista o cualquier otro personal de apoyo que detecte las necesidades educativas de la paciente. En oposición, constatamos que hay deficiencia importante en el sistema docente de la Policlínica, puesto que las charlas se ofrecen con un calendario preestablecido y sólo los días viernes, lo que disminuye la posibilidad de que las pacientes cuyas citas sean los otros días de semana puedan ser instruidas. Esta última aseveración se agrava si consideramos el porcentaje de encuestadas de esta institución que laboran fuera del hogar y que se ven limitadas a solicitar un segundo permiso en su trabajo para acudir a las charlas (Cuadro IV, pág. 79).

En nuestra opinión, consideramos necesario la readecuación del sistema educativo de la policlínica en base a las necesidades y oportunidades de las pacientes que solicitan su servicio y, una alternativa posible podría ser la confección de panfletos y la evaluación posterior de su impacto en la embarazada.

Finalmente debemos recordar que este rubro de la docencia es importante en la valoración de la calidad de la atención

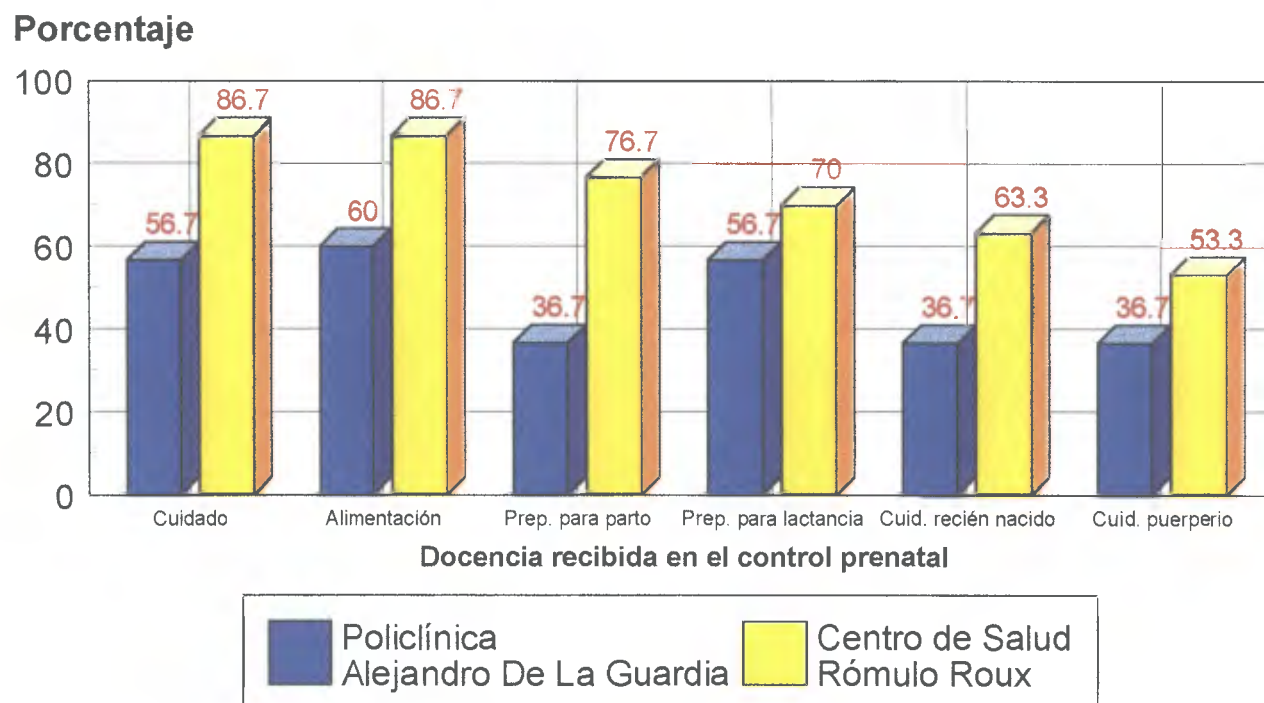
puesto que implica la promoción de salud y prevención de enfermedades, además de que es una disposición incluida en las normas del programa maternal.

Fig. 9a. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según si recibieron o no algún tipo de docencia en el control prenatal o no. Diciembre 1995 - Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Fig. 9b. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según el tipo de docencia recibida en el control prenatal. Diciembre 1995 - Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro X. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN SI FUERON EVALUADAS O NO DE ACUERDO A LAS NORMAS DEL CONTROL PRENATAL EN LA PRIMERA CONSULTA. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

CRITERIOS, PRIMERA CONSULTA	LUGAR Y EMBARAZADAS							
	Policlínica Alejandro De La Guardia				Centro de Salud Rómulo Roux			
	Evaluadas		Sin Evaluar		Evaluadas		Sin Evaluar	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Examen Físico Céfalocaudal	30	100.0			30	100.0		
Cabeza	7	23.3	23	76.7	28	93.3	2	6.7
Ojo	7	23.3	23	76.7	28	93.3	2	6.7
Cuello	7	23.3	23	76.7	28	93.3	2	6.7
Cardiopulmonar	30	100.0			30	100.0		
Corazón	7	23.3	23	76.7	28	93.3	2	6.7
Pulmón	7	23.3	23	76.7	28	93.3	2	6.7
Mamas	8	26.7	22	73.3	28	93.3	2	6.7
Abdomen								
Altura Uterina	29	96.7	1	3.3	29	96.7	1	3.3
Frecuencia Cardíaca Fetal	12	40.0	18	60.0	5	16.7	25	83.3
Situación Fetal	27	90.0	3	10.0	30	100.0	0	0
Posición Fetal	27	90.0	3	10.0	30	100.0	0	0
Genitales	30	100.0			30	100.0		
Papanicolao	23	76.7	7	23.3	28	93.3	2	6.7
Cuello	6	20.0	24	80.0	17	56.7	13	83
Anexos	6	20.0	24	80.0	15	50.0	15	50
Miembros Inferiores	30	100.0			30	100.0		
Embarazadas	13	43.3	17	56.7	27	90.0	3	10.0
Aplicación del Enfoque de Riesgo	30	100.0			30	100.0		
Embarazadas	18	60.0	12	40.0	24	80.0	6	20.0
Referencia a Odontólogo	30	100.0			30	100.0		
Embarazadas	27	90.0	3	10.0	29	96.7	1	3.3

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

Los datos resumen el total de embarazadas a las que se le aplicó la norma del examen físico céfalo caudal completo, la clasificación del grado de riesgo y la referencia al odontólogo en su primera cita del control prenatal. Estos datos no son evidencia contundente de que no se aplica la norma, puesto que nosotras recabamos información solamente de la tarjeta de control prenatal y del expediente, pudiendo darse la posibilidad de que se realizaran las actividades; pero no se consignaron en la cuadrícula. Esta deficiencia de información escrita limita la calidad al dificultar la continuidad de los cuidados del paciente y, por ende, la calidad de la atención.

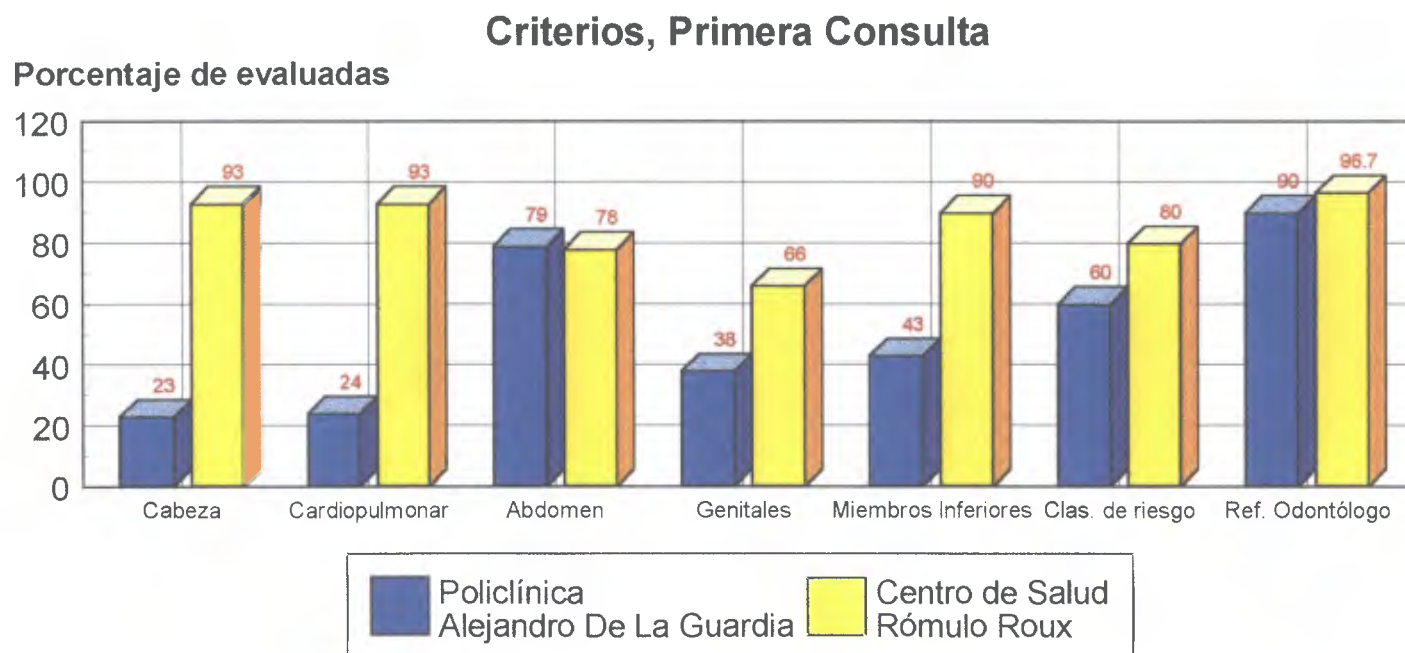
Si analizamos por parte hasta el examen de las mamas, encontramos que en promedio sólo el 26.7% (8 pacientes) de la Policlínica tenían consignado la valoración de estas partes anatómicas en contraste con el 93% de las pacientes del centro de salud (28 pacientes).

Si nos detenemos en el avalúo del abdomen, observamos un déficit marcado en la valoración de la frecuencia cardíaca debido a que un buen porcentaje de los expedientes tenían consignado solamente la palabra positivo en vez de cuantificar el valor de los latidos cardíacos. En todos estos casos se le restaron los puntos esperados, porque aunque resulta difícil escuchar la frecuencia cardíaca del feto en las primeras semanas de gestación también es cierto que el 63% de las pacientes acuden de la semana 17 de gestación en adelante (ver

cuadro VII) a su primera cita y que además ambas instituciones cuentan con dopler de alta sensibilidad para ayudar a valorar este aspecto tan importante del bienestar fetal. En cuanto al examen de genitales vemos porcentajes bajísimos para ambas instituciones (Policlínica = 20% ó 6 pacientes - Centro de Salud = 56% ó 17 pacientes), lo que nos llama la atención ya que el control prenatal resulta una valiosa oportunidad para detectar alteraciones en estas zonas.

Finalmente en relación al examen de miembros inferiores (Policlínica=43.3% - Centro de Salud=90%), clasificación de riesgo (Policlínica=60% - Centro de Salud=80%) y referencia a odontología (Policlínica=90% - Centro de Salud=96.7%), observamos que siguen las diferencias notorias entre ambas, con más desventajas para la Policlínica lo que indica la necesidad de concientizar al personal de salud involucrado sobre la importancia de transcribir la información completa en el expediente y así facilitar su atención futura.

Fig. 10. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux según fueron evaluadas o no de acuerdo a las normas de control en la primera consulta. Diciembre 1995-Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro XI. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN EL NÚMERO DE CITAS EN ODONTOLOGÍA. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

NÚMERO DE CITAS CON ODONTÓLOGO	CENTRO DE ATENCIÓN / NÚMERO DE EMBARAZADAS			
	Policlínica Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Inasistentes	17	56.7	8	26.7
1 - 2 veces	10	33.3	17	56.7
3 - 4 veces	3	10.0	4	13.3
5 - 6 veces	0	0.0	1	3.3
TOTAL	30	100.0	30	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

Las cifras enmarcadas en el cuadro son impactantes debido a que, a pesar de los buenos resultados sobre la referencia o no de la paciente a odontología (90% en Policlínica contra 96.7% del Centro de Salud, Figura 10), en la realidad las pacientes no acuden a esta cita a pesar de ser referidas.

Se observa que un alto porcentaje de las pacientes de la Policlínica nunca fueron evaluadas por odontología (56.7%) y si sumamos el 33.3% que solamente acude una vez o dos máximo, la situación debe preocuparnos más. Estos resultados los podríamos relacionar con la falta de un sistema de referencia expedito que permita que la paciente sea evaluada en su primera consulta con todo el personal de apoyo y con el hecho de que gran porcentaje de ellas requiere de un permiso de su

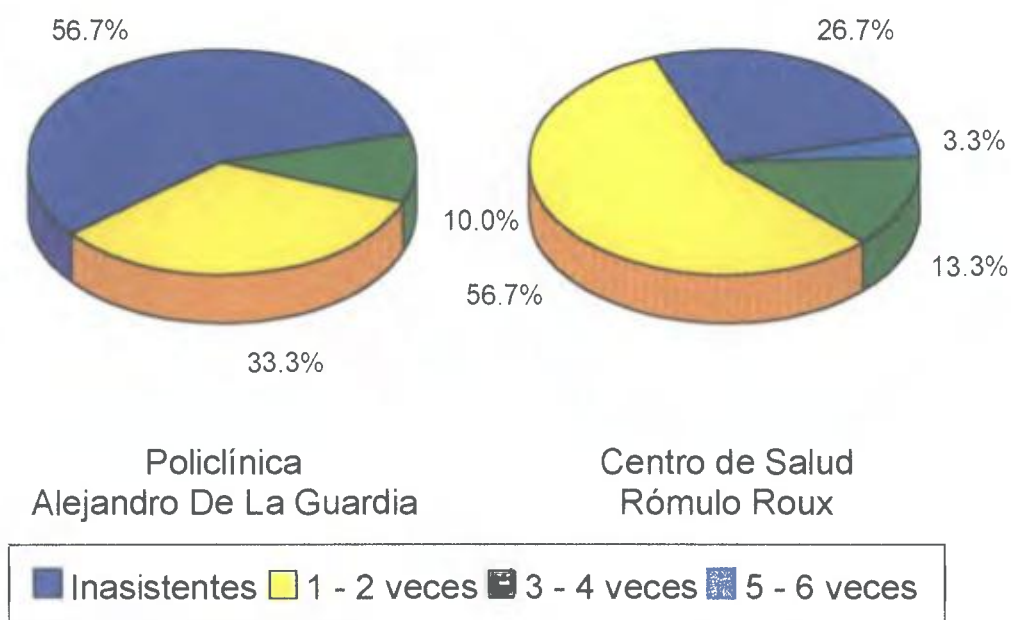
patrono para acudir a la cita.

Por otro lado, nos llama la atención el porcentaje de inasistente en el Centro de Salud (26.7%), a pesar de que ellos sí aplican el sistema de referencia expedita que permite que la paciente sea evaluada el mismo día por el odontólogo, nutricionista y la trabajadora social cuando lo requiera. En este sentido las encuestadas refirieron que ellas no esperaron la evaluación del odontólogo pues ya habían aguardado buen tiempo por la valoración del ginecólogo. Un bajo porcentaje de las pacientes de ambas instituciones acudieron 3 ó más veces a odontología.

Todo lo anterior señala la necesidad de implantar un sistema de seguimiento y captación de la embarazada en cualquier mes de gestación hasta lograr que reciba la atención que requiere y establece la norma; enfatizar la docencia sobre estos aspectos para lograr cambios en la conducta y por último concientizar al personal de salud sobre el hecho de que su labor no termina con la referencia del paciente sino con la seguridad de que el mismo reciba la atención.

La salud bucal de la embarazada se enmarca en aspecto preventivo y enfoque de riesgo y la carencia de la misma afecta la calidad del control prenatal.

Fig. 11. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según el número de citas en odontología. Diciembre 1995 - Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro XII. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN LA APLICACIÓN O NO DE LAS NORMAS DEL CONTROL PRENATAL EN LAS CITAS SUBSIGUIENTES. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

CRITERIOS, CONSULTAS SUBSIGUIENTES	LUGAR Y EMBARAZADAS			
	Pol. Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Recetas Hematínicos embarazadas	$\frac{30}{28}$	$\frac{100.0}{93.3}$	$\frac{30}{30}$	$\frac{100.0}{100.0}$
Solicita laboratorio según norma embarazadas	$\frac{30}{24}$	$\frac{100.0}{80.0}$	$\frac{30}{28}$	$\frac{100.0}{93.3}$
Refiere a inmunización según norma embarazadas	$\frac{30}{21}$	$\frac{100.0}{70.0}$	$\frac{30}{26}$	$\frac{100.0}{86.7}$
Cita según norma embarazadas	$\frac{30}{19}$	$\frac{100.0}{63.3}$	$\frac{30}{26}$	$\frac{100.0}{86.7}$
En cada cita evalúa a la paciente en los siguientes aspectos:	$\frac{30}{30}$	$\frac{100.0}{100.0}$	$\frac{30}{30}$	$\frac{100.0}{100.0}$
Frecuencia Cardíaca Fetal	17	56.7	5	16.7
Altura Uterina	29	96.7	30	100.0
Presión Arterial	29	96.7	30	100.0
Ganancia de Peso	29	96.7	29	96.7
Maniobra de Leopold completa en todas las citas:	$\frac{30}{30}$	$\frac{100.0}{100.0}$	$\frac{30}{30}$	$\frac{100.0}{100.0}$
Presentación Fetal	20	66.7	28	93.3
Situación Fetal	27	90.0	29	96.7
Posición Fetal	26	86.7	29	96.7
Referencia según situación y norma embarazadas	$\frac{30}{20}$	$\frac{100.0}{66.7}$	$\frac{30}{21}$	$\frac{100.0}{70.0}$

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

Estos datos resumen la valoración de la aplicación de normas en citas subsiguientes y las cifras revelan que en general se aplican las normas aunque con mayor eficiencia en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo. Sí es importante señalar,

con respecto a las citas de las embarazadas de la Policlínica que las fechas están controladas por el personal de archivos médicos que las asigna según la disponibilidad de la agenda del galeno, lo que ocasiona que la embarazada sea reevaluada en fecha posterior a la esperada según la norma.

En relación a la valoración de la frecuencia cardíaca fetal, a lo largo del control prenatal se perpetúa la costumbre de sólo consignar si es audible o no con el signo positivo (+), sin anotar su valor real. En estos casos no se les asignó puntaje resultando que sólo el 56.7% en la Policlínica y el 16.7% de las embarazadas del Centro de Salud fueron evaluadas correctamente.

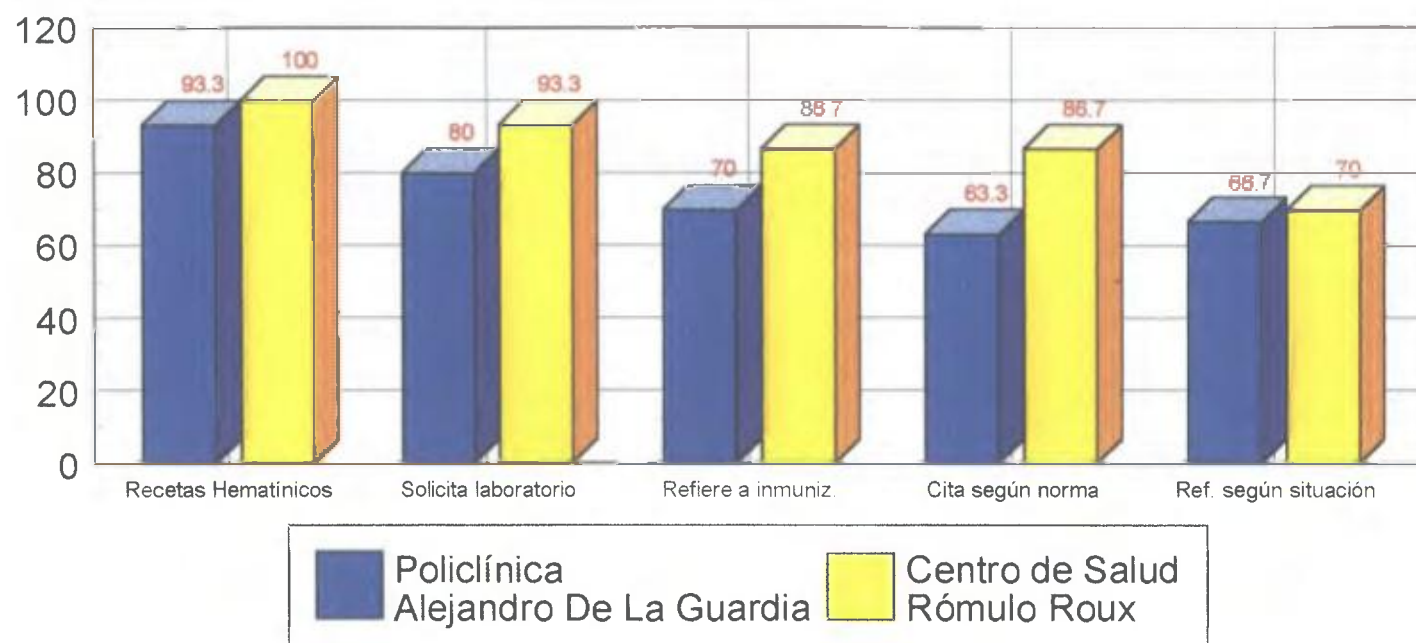
En cuanto a la presentación fetal este espacio no se llena en un gran porcentaje de las pacientes de la Policlínica, sólo el 66.7% de ellas contaban con este dato en la tarjeta de control.

Si reflexionamos sobre la información que falta en la tarjeta de control nos percataríamos de la importancia que la misma pueda tener en un momento dado frente a la toma de decisiones en la evolución del embarazo y parto.

Fig. 12a. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, según la aplicación o no de las normas del control prenatal en los cuidados maternos. Diciembre 1995-Marzo 1996.

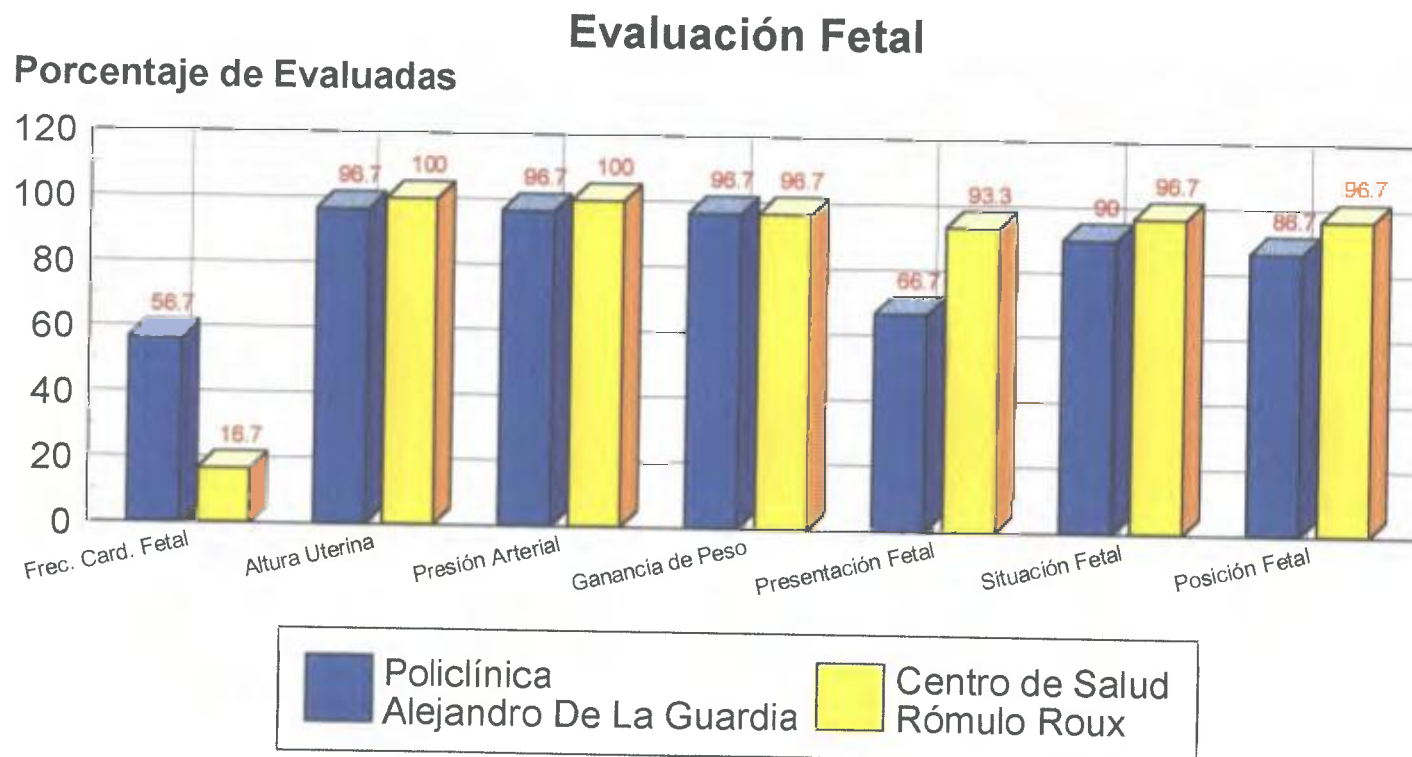
Cuidados Maternos

Porcentaje de Evaluadas



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Fig. 12b. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux según la aplicación o no de las normas del control prenatal en la evaluación fetal. Diciembre 1995-Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro XIII. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN GRADO DE SATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL CONTROL PRENATAL. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

SATISFACCIÓN DEL USUARIO	LUGAR Y EMBARAZADAS			
	Pol. Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
El horario de atención se ajusta a sus necesidades	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Sí	28	93.3	29	96.7
No	2	6.7	1	3.3
Siempre que ha requerido atenderse, ha encontrado cupo	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Sí	27	90.0	30	100.0
No	3	10.0	0	0
Tiempo de espera para la atención en la institución (minutos)	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
15-30	16	53.3	8	26.7
31-60	9	30.0	9	30.0
61-90	3	10.0	7	23.3
91 y más	2	6.7	6	20.0
La atención recibida es la esperada	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Sí	25	83.3	28	93.3
No	5	16.7	2	6.7
Si tuviera la posibilidad de acudir a otra institución, regresaría a esta	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Sí	27	90.0	24	80.0
No	3	10.0	6	20.0

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

La satisfacción del usuario es uno de los aspectos más controversiales y a la vez importante de la calidad de la atención. En este sentido, los datos revelan que en general el usuario se siente satisfecho por la atención que recibe excep-

to básicamente en el tiempo que debe esperar por la misma y, donde vemos que existe mayor descontento con los pacientes del centro de salud las cuales aducen que deben esperar entre 30 minutos hasta hora y media para que la atiendan. Consideramos que esta inconformidad resulta de la medida administrativa de citarlas a todas a la misma hora y de atenderse según el número que les ha tocado, por otro lado también hay que señalar que existe sólo un ginecólogo que debe atender 24 pacientes en un total de 6 horas diarias. En tanto que, la Policlínica cita a sus pacientes por hora y cuenta con un total de 6 ginecólogos obstetras con 40 cupos disponibles para ginecología y obstetricia (total 240 pacientes diarias). Cada metodología es ventajosa y desventajosa a la vez, ya que citar a las pacientes por hora disminuye su tiempo de espera a la vez que disminuye su oportunidad de acceso al servicio en caso de contingencia y por otro lado también disminuye la posibilidad de mayor cobertura de la institución pues si alguna paciente falta a cita se pierde el cupo que otras personas pudieran necesitar.

Es posible que la respuesta esté en hacer más amena y productiva la estancia de la paciente en el centro de atención.

En cuanto al 10% de las pacientes de la Policlínica que respondieron que no siempre han encontrado cupo cuando lo han requerido, afirman que hubo ocasiones que debían atenderse con

medicina general porque el ginecólogo no tenía cupos libres.

A pesar de lo anterior, observamos que hay mayor porcentaje de pacientes de la Policlínica que consideran que la atención recibida no es la esperada (16.7%=5 pacientes) en relación al porcentaje del centro de salud (6.7%=2 pacientes).

Ellas refirieron que su inconformidad se basa en la falta de explicaciones del personal sobre su condición. Al mismo tiempo un mayor número de pacientes del centro de salud adujeron no regresar a esta institución si pudieran acudir a otra (20%=6 pacientes) principalmente por el tiempo que deben esperar por la atención.

En conclusión estas revelaciones deben hacer reflexionar a las autoridades administrativas de ambas instituciones sobre la posibilidad de readecuar algunas disposiciones considerando las necesidades del usuario, por ejemplo atender en turnos vespertinos en el caso del centro de salud; y, por otro lado, vale la pena señalar lo sustentado por los teoristas respecto al escaso marco referencial que posee el usuario sobre lo que debe esperar del servicio que le ofrecen, por lo que su opinión al respecto también se ve limitado.

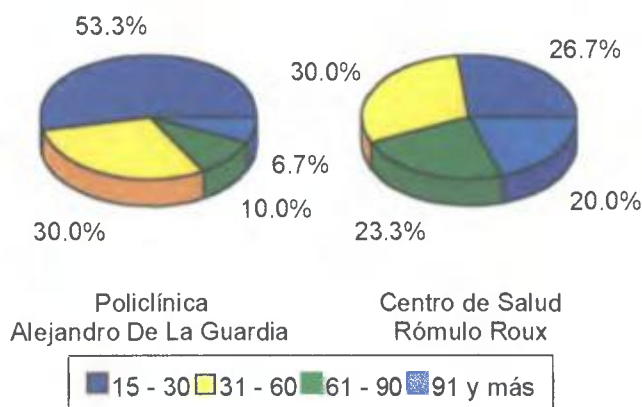
Fig. 13a. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux según la vonveniencia del horario y accesibilidad al servicio de atención del control prenatal. Diciembre 1995-Marzo 1996.



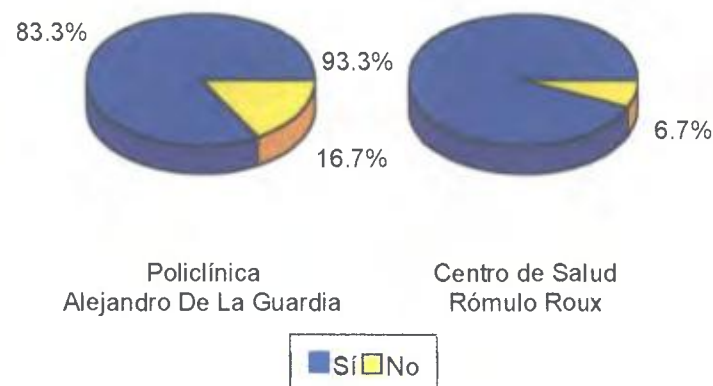
Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Fig. 13b. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux según su opinión sobre el tiempo de espera y la atención recibida en el control prenatal. Diciembre 1995-Marzo 1996.

Tiempo de espera para la atención en la institución
(minutos)



La atención recibida es la esperada



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro XIV. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN SU OPINIÓN SOBRE LA ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA Y ECONÓMICA A LA ATENCIÓN PRENATAL. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996.

ACCESIBILIDAD	LUGAR Y EMBARAZADAS			
	Pol. Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Geográfica				
Cuenta con transporte colectivo a cualquier hora para llegar a la institución	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Sí	23	76.7	28	93.3
No	7	23.3	2	6.7
El costo del transporte es accesible a su presupuesto	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Sí	28	93.3	30	100.0
No	2	6.7	0	0
Económica				
Costo económico del servicio se ajusta a su presupuesto				
Consulta	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Sí	30	100.0	30	100.0
Laboratorios	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Sí	29	96.7	28	93.3
No	1	3.3	2	6.7
Pruebas especiales	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Sí	29	96.7	26	86.7
No	1	3.3	4	13.3

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

La accesibilidad geográfica y económica de los servicios es un aspecto importante por el grado de influencia que tiene en su aceptación y uso.

En el caso de las dos instituciones evaluadas vemos que

hay resultados positivos en este sentido porque son pocos los pacientes que no cuentan con transporte colectivo a cualquier hora (23.3% de la Policlínica y el 6.7% del Centro de Salud). Ellas manifestaron que habían cambiado de dirección a áreas más alejadas, pero que les gustaba la atención que recibían y preferían viajar a estas instituciones. Solamente el 6.7% de la Policlínica (2 pacientes) no consideran que el costo del transporte está a su alcance, en contraposición al 100% del Centro de Salud que considera que ésta sí lo está; a pesar de que estas pacientes tienen ingresos económicos menores a las primeras (Cuadro I, pág. 71).

En cuanto a la accesibilidad económica del servicio vemos que hay respuestas muy similares en las pacientes de ambas instituciones, todo ello a pesar de que existe diferencia significativa en el sistema de pago: el asegurado no paga individualmente por la atención; en tanto que las pacientes del Centro de Salud sí deben hacerlo. Consideramos que aquí influye el bajo costo de la atención establecida e incluso la existencia de facilidades de pago para las no aseguradas en contraste con el ingreso más bajo de estas pacientes.

Referente a los laboratorios y pruebas especiales también hay semejanza entre las pacientes de ambas muestras a pesar de que el Centro de Salud está en desventaja por dos razones:

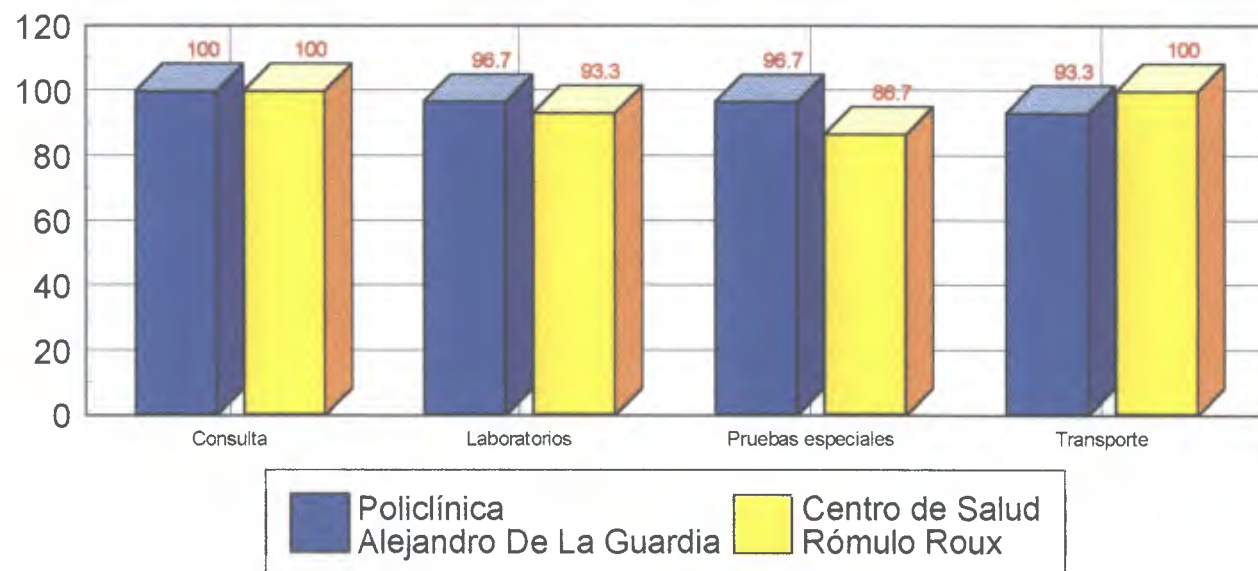
1. Debe cobrar por cada laboratorio que realiza.
2. No posee tanta tecnología a disposición del usuario

como lo tiene la Policlínica viéndose obligada a referir a su paciente a otras instituciones (tiene el ultrasonógrafo dañado).

La paciente que responde no tener acceso al costo de laboratorios en la Policlínica refirió que en una ocasión tuvo que acudir al laboratorio privado por falta de reactivos en dicha institución.

Fig. 14. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux según su opinión sobre la accesibilidad económica a la atención prenatal. . Diciembre 1995-Marzo 1996.

Costo económico del servicio sí se ajusta a su presupuesto
Porcentaje



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro XV. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS DE LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, SEGÚN ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA EVOLUCIÓN EN EL PARTO Y PUERPERIO. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996.

EVOLUCIÓN DEL PARTO-PUERPERIO	LUGAR Y EMBARAZADAS			
	Pol. Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Evolución Materna				
Diagnóstico del egreso hospitalario	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Parto Eutócico	27	90.0	28	93.3
Diagnóstico de la cita puerperal	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Puerperio Normal	24	80.0	25	83.3
Vía del Parto	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Vaginal	24	80.0	25	83.3
Cesárea	6	20.0	5	16.6
Evolución del Recién Nacido				
Apgar al Minuto	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Más de 7	29	96.7	30	100.0
5 a 7	1	3.3	0	0
Apgar a los cinco minutos	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Más de 7	30	100.0	30	100.0
Diagnóstico del Control Pediátrico	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Niño sano	28	93.3	30	100.0
Tipo de Alimentación del Recién Nacido	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>
Pecho exclusivo	24	80.0	21	70.0
Mixta	6	20.0	8	26.7
Leche Maternizada	0	0	1	3.3

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

En la evolución del parto y puerperio influyen diferentes variables que no incluyen a la calidad del control prenatal ofrecido. Sin embargo, existe gran relación principalmente con el factor educativo de la paciente que debe ser trabajado durante su asistencia al control, y con el factor de clasificación de riesgo que promueve la evolución positiva de la paciente en este período.

Así pues observamos que hubo en general buena evolución de las pacientes en:

Diagnóstico del Egreso Hospitalario: El reducido número de puérperas que no incluyó este diagnóstico se debió principalmente a problemas de heridas infectadas (Policlínica 10% = 3 pacientes Centro de Salud 7% = 2 pacientes).

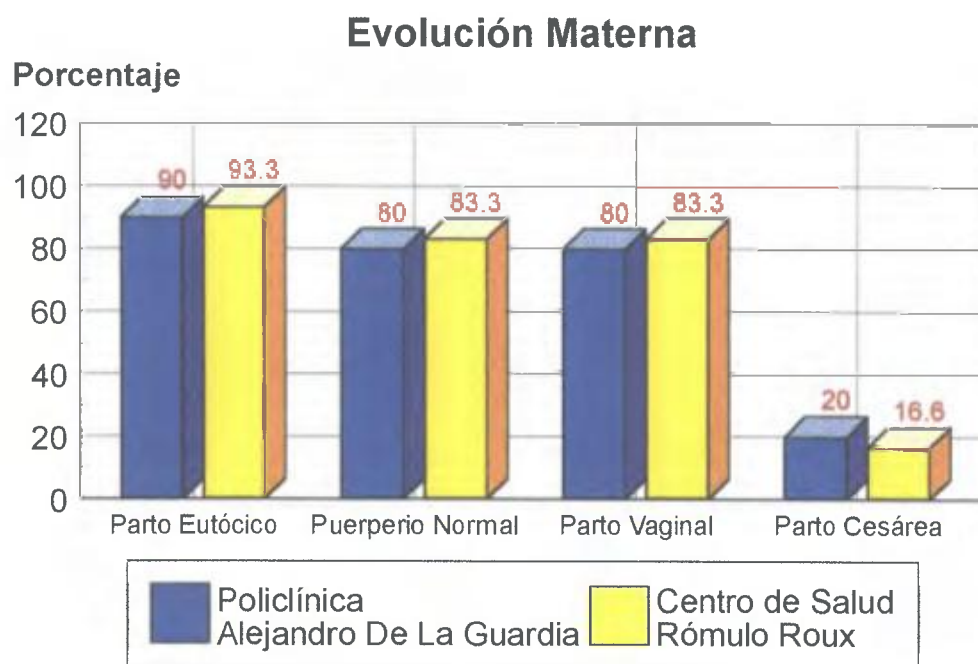
Vía del Parto: Pacientes con cesárea, un porcentaje importante de ellas (Policlínica 4 pacientes y 2 en centro de salud) tenían antecedentes de cesáreas previas; el resto presentó complicaciones como: preeclampsia severa, ruptura prematura de bolsas con labor prolongada y sufrimiento fetal agudo.

Los recién nacidos evolucionaron adecuadamente, aunque dos de ellos confrontaron problemas de salud en su primera cita debido a infección umbilical y niveles altos de bilirrubinemia.

Finalmente en cuanto al tipo de alimentación vemos que se divide la muestra en un 20% de la Policlínica contra 26% del Centro de Salud, que alimentan sus recién nacidos con fórmula

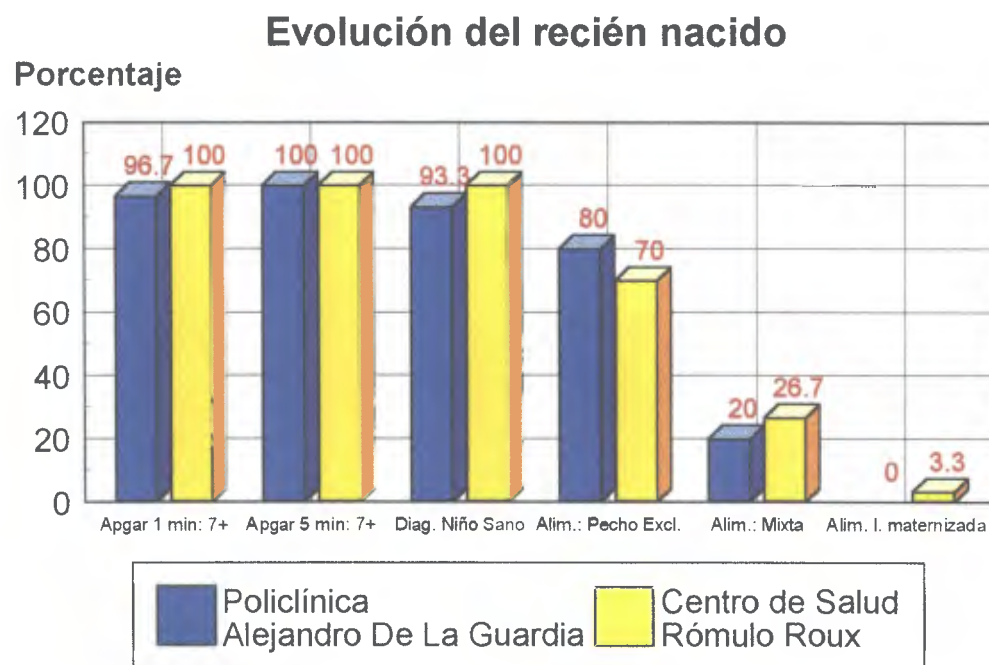
artificial y pecho. En tanto que un 3.3% del Centro de Salud (1 recién nacido) es alimentado sólo con leche maternizada. Estos resultados revelan la necesidad de enfatizar aún más en el aspecto docente de las pacientes y lograr la conducta deseada.

Fig. 15a. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux según aspectos específicos de su evolución en el parto y puerperio. Diciembre 1995 - Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Fig. 15b. Distribución de las embarazadas de la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux según aspectos específicos de la evolución la evolución del recién nacido. Diciembre 1995 - Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro XVI. DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTOS OBTENIDOS POR LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, EN LA EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA FÍSICA Y ADMINISTRATIVA, SEGÚN CRITERIOS EVALUADOS. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

CRITERIO EVALUADO	PUNTOS ESPERADOS	CENTRO Y PUNTOS OBTENIDOS			
		Policl. Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
		Número	Porcentaje (1)	Número	Porcentaje (1)
TOTAL	450	384.25	85.54	358.09	79.57
Sala de espera	10	6.84	68.40	6.89	68.90
Cubículo de atención	100	88.91	88.91	87.23	87.73
Recepción y archivos clínicos	5	5.0	100.0	5.0	100.00
Área de Inmunizaciones	40	38.0	95.0	39.47	98.68
Recursos Humanos Profesionales	50	50.0	100.0	37.0	74.00
Normas Atención Ginecológica	10	10.0	100.0	10.0	100.00
Orientación, Enfermera Obstetra	5	5.0	100.0	5.0	100.00
Personal Técnico Capacitado	35	35.0	100.0	35.0	100.00
Disponibilidad de Medicamentos	10	10.0	100.0	10.0	100.00
Accesibilidad a Medicamentos	20	20.0	100.0	20.0	100.00
Disponibilidad de Equipo	15	15.0	100.0	15.0	100.00
Disponibilidad de Vehículos	30	30.0	100.0	7.0	23.33
Tecnología Moderna	20	20.0	100.0	10.0	50.00
Estructura Administrativa	100	50.5	50.50	70.05	70.50

(1) Respecto al total esperado.

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

El cuadro resume los resultados de la evaluación de la estructura física y administrativa de ambos centros de atención estudiados; es decir, Policlínica Don Alejandro De La Guardia de Bethania y el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo.

Los totales de la Policlínica caen entre los percentiles 80 a 90, lo que permite evaluar su estructura física y administrativa como Buena, en tanto que para el Centro de Salud la clasificación es de Regular.

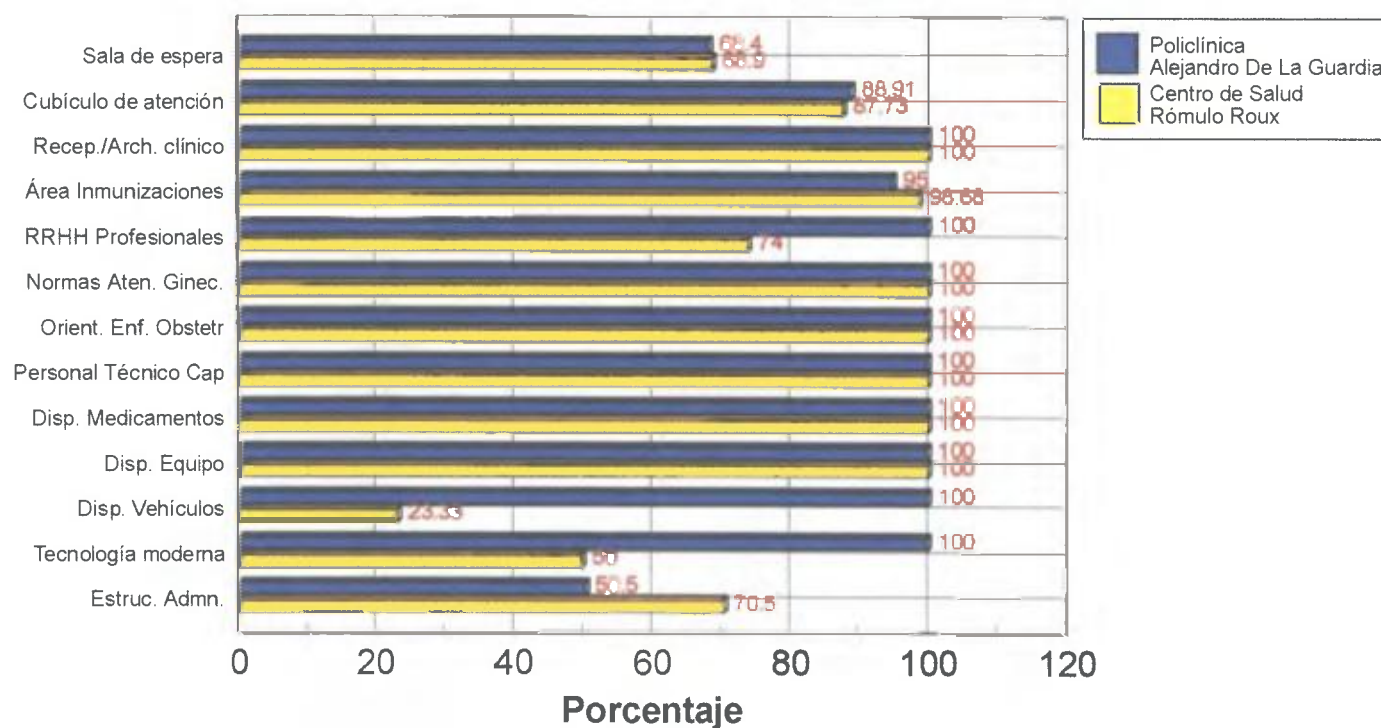
Cabe señalar que hay diferencia aproximada de menos del 7% para el Centro de Salud y que existen elementos que incidieron directamente en estos resultados pero que básicamente se enmarcan dentro de la estructura física, estos son:

- Comodidad en la sala de espera superada por la Policlínica Don Alejandro de la Guardia, recursos humanos profesionales deficientes ya que carecen de endocrinólogo, psicólogo y psiquiatra para el programa.*
- La falta de vehículo para visitas domiciliarias y traslado, ya que las pacientes son trasladadas en taxi desde el Centro de Salud al hospital cuando así lo ameritan, igualmente esta institución carece de ultrasonógrafo pues no está funcionando.*

En relación a la estructura administrativa per sé, ocurre lo contrario ya que el Centro de Salud supera a la Policlínica, esta desventaja resulta de:

- Falta de normas del programa en cada cubículo de atención.
- Falta de un sistema de interconsulta expedita ya que la embarazada que acude a control debe sacar cita para otro día con el odontólogo, nutricionista y otros del grupo de apoyo. Esto en contraposición al sistema del Centro de Salud a través del cual la embarazada es evaluada por todo el equipo el mismo día.
- Falta de implementación de estrategias para captar nuevas embarazadas, ya que se trabaja sólo con la demanda intramuro.
- Deficiencia de cupos con ginecólogos en relación a la demanda, ya que se presentaron casos donde la paciente acudía 2 y 3 veces a control con el médico general mientras obtenía cita con el especialista. En este sentido debemos agregar que la Policlínica cuenta con seis médicos ginecólogos en contraposición con uno solo que labora en el Centro de Salud.

Fig. 16. Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de la estructura física y administrativa, según criterios evaluados. Diciembre 1995-Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro XVII. DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTOS OBTENIDOS POR LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, EN LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL CONTROL PRE-NATAL, SEGÚN CRITERIO EVALUADO. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

CRITERIO EVALUADO	PUNTOS ESPERADOS	CENTROS DE ATENCIÓN Y PUNTOS OBTENIDOS			
		Policl. Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
		Número	Porcentaje (1)	Número	Porcentaje (1)
TOTAL	<u>465.00</u>	<u>351.87</u>	<u>75.67</u>	<u>401.19</u>	<u>86.28</u>
Aplicación de normas	<u>315.00</u>	<u>217.55</u>	<u>69.06</u>	<u>261.00</u>	<u>82.86</u>
1. Primera consulta	<u>120.00</u>	<u>67.94</u>	<u>56.62</u>	<u>89.90</u>	<u>74.92</u>
Período de ocurrencia	30.00	19.25	64.17	14.51	48.37
Historia clínica perinatal completa	4.80	3.47	72.29	4.30	89.58
Exámenes de gabinete solicitado	15.00	11.05	73.67	13.43	89.53
Examen físico céfalo caudal	60.00	27.42	45.70	49.15	81.92
Aplicación de enfoque de riesgo	8.10	4.86	60.00	6.48	80.00
Referencia al Odontólogo	2.10	1.89	90.00	2.03	96.67
2. Consultas subsiguientes	180.00	142.46	79.14	160.03	88.91
3. Docencia recibida	15.00	7.15	47.67	11.07	69.19
Accesibilidad al Servicio y Satisfacción del Usuario	<u>150.00</u>	<u>134.32</u>	<u>85.55</u>	<u>140.19</u>	<u>93.46</u>
Accesibilidad Geográfica y Económica al Servicio	90.00	81.50	90.55	87.40	97.11
Satisfacción del Usuario	60.00	52.82	86.03	52.79	87.98

(1) Respecto al total esperado.

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

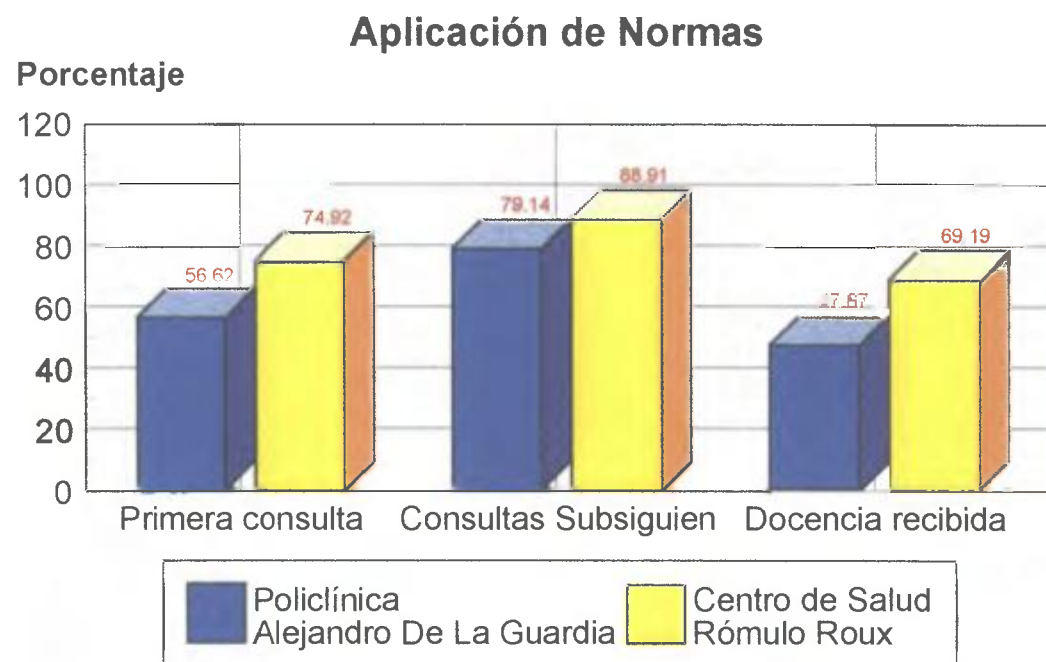
Este cuadro encierra el resultado de la evaluación de los grandes rubros del proceso de atención del control prenatal en las dos instituciones de salud evaluadas, que se clasifica como Deficiente para la Policlínica y Buena para el Centro de Salud.

En él podemos observar que existe diferencia significativa entre los resultados de la Policlínica (75.67%) y los del Centro de Salud (86.29%). Esta diferencia resulta principalmente de:

- *Período de inicio del control prenatal: el Cuadro VII, pág. 87, indica que las pacientes del Centro de Salud inician más tardíamente.*
- *Historia Clínica Perinatal Incompleta: conducta más frecuente en la Policlínica donde encontramos un buen porcentaje de ellas que le faltaban datos sobre el examen físico, examen odontológico, resultados de laboratorios, estatura de la madre y peso previo al embarazo.*
- *Examen Físico Céfalocaudal: este criterio marca una desventaja considerable para la Policlínica debido a lo antes descrito; es decir, a la no consignación de los resultados en la tarjeta de control.*
- *Aplicación del Enfoque de Riesgo: es importante señalar que se les concedieron los puntos a aquellas pacientes que no requerían ser clasificadas bajo el concepto de alto riesgo y se le restaron sólo de aquellas que, siendo de riesgo, no se les había clasificado. Entre estas últimas habían adolescentes y pacientes con cesáreas anteriores.*
- *Docencia Recibida: este es otro criterio que colocó a la Policlínica en gran desventaja ya que sólo alcanzó el 47%*

de los puntos en contraposición al Centro de Salud que alcanzó el 69%. Las razones por las cuales pueden darse estos resultados los presentamos en el Cuadro IX, pág. 94.

Fig. 17a. Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de la aplicación de normas en el proceso de atención del control prenatal. Diciembre 1995-Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Fig. 17b. Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de la accesibilidad al servicio y satisfacción del usuario del control prenatal. Diciembre 1995-Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro XVIII. DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTOS OBTENIDOS POR LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS EN EL CONTROL PRENATAL, SEGÚN CRITERIO EVALUADO. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

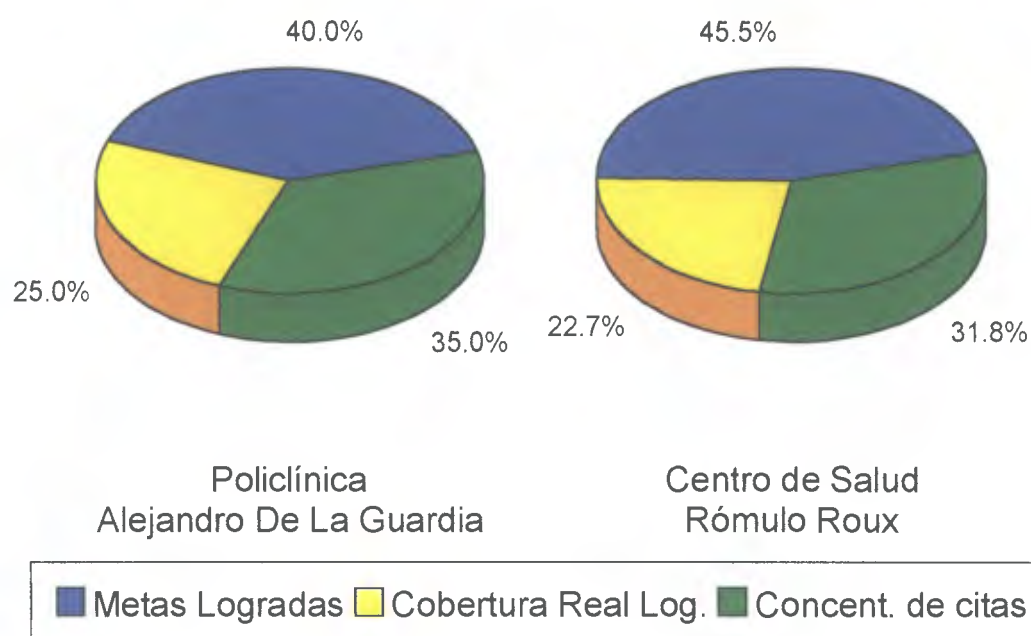
CRITERIO EVALUADO	PUNTOS ESPERADOS	CENTRO DE ATENCIÓN Y PUNTOS OBTENIDOS			
		Policl. Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Resultados Alcanzados	<u>450</u>	<u>320</u>	<u>71.11</u>	<u>330</u>	<u>73.33</u>
- Metas Logradas	150	120	80	150	100.00
- Cobertura Real Lograda	150	75	50	75	50.00
- Concentración de Citas	150	105	70.0	105	70.00

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

Estos resultados señalan que hay diferencia considerable entre lo esperado y lo obtenido en ambas instituciones de salud (71.11% Policlínica a 73.33% Centro de Salud), colocándose ambas en la escala de regular para esta etapa. Igualmente permiten afirmar que los centros de atención laboraron y se esforzaron en alcanzar la meta establecida puesto que logran el 80% de los puntos en la Policlínica y el 100% de puntos en el Centro de Salud. Sin embargo, la diferencia de puntos se enmarca en la cobertura real alcanzada; ya que con el 80% de las metas logradas la Policlínica sólo abarcó al 60% del universo de embarazadas bajo su responsabilidad que en total eran 1972. Por su parte, el Centro de Salud con el 100% de metas

logradas sólo abarcó al 46% del universo de embarazadas que le competen, que suman 1128 mujeres. No podemos negar que sería irresponsable de parte de la administración programar metas incongruentes con la disponibilidad de sus recursos. Sin embargo, basándonos en este aspecto nos llama poderosamente la atención el número de embarazadas programadas por la administración del Centro de Salud (496 embarazadas=44% del universo) cuando sólo cuenta con un médico ginecólogo y una enfermera obstetra, en comparación con un poco más del doble de embarazadas programadas por la Policlínica (1380 embarazadas=70% del universo) pero, que cuenta con seis médicos ginecólogos y dos enfermeras obstetras.

Fig. 18. Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de los resultados alcanzados en el control prenatal, según criterio evaluado. Diciembre 1995 - Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro XIX. DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTOS OBTENIDOS POR LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, EN LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO ALCANZADO EN EL CONTROL PRE-NATAL, SEGÚN CRITERIO EVALUADO. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

CRITERIO EVALUADO	PUNTOS ESPERADOS	CENTRO DE ATENCIÓN Y PUNTOS OBTENIDOS			
		Policl. Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Evolución Materna y del Recién Nacido	<u>435</u>	<u>397.50</u>	<u>91.38</u>	<u>408.75</u>	<u>93.97</u>
- Evolución Materna	<u>225</u>	<u>210.00</u>	<u>93.33</u>	<u>221.25</u>	<u>98.33</u>
- Diagnóstico de Egreso	75	70.00	93.33	75.00	100.00
- Diagnóstico Puerperal	75	70.00	93.33	72.50	96.67
- Vía del Parto	75	70.00	93.33	73.75	98.33
- Evolución del Recién Nacido	<u>210</u>	<u>187.50</u>	<u>89.28</u>	<u>187.50</u>	<u>89.28</u>
- Apgar al Minuto	60	59	96.33	60	100.00
- Apgar a los 5 minutos	60	60	100.00	60	100.00
- Diagnóstico del Control Pediátrico	30	28	93.33	30	100.00
- Tipo de Alimentación	60	40.5	67.50	37.50	62.25

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

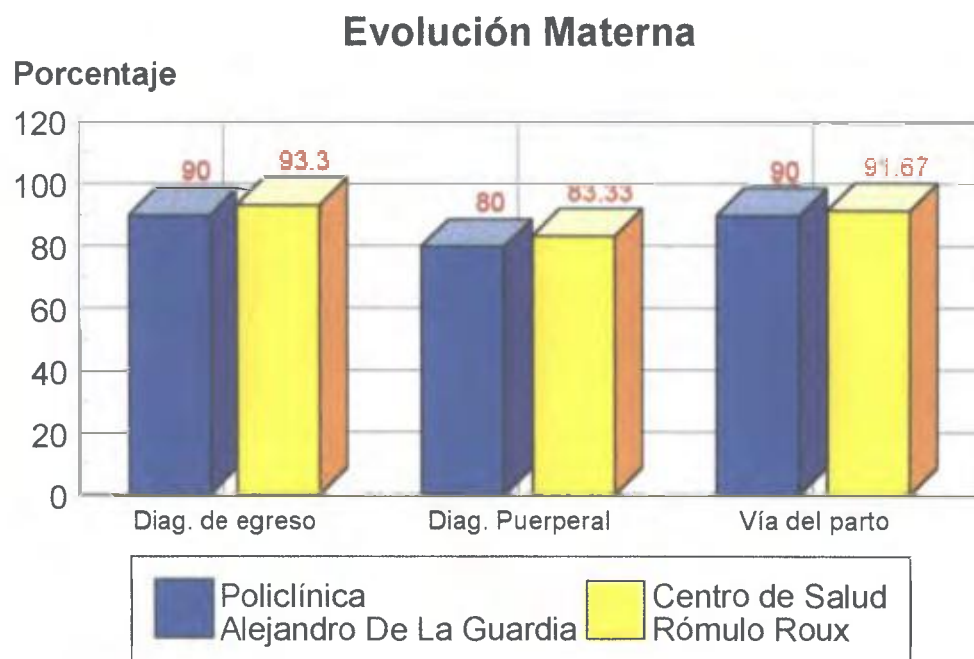
Los resultados revelan que en comparación no hay gran diferencia en estos aspectos entre las dos instituciones de salud los cuales clasifican dentro de la escala de Buena. La poca diferencia existente estuvo determinada principalmente por el diagnóstico puerperal y el tipo de alimentación.

Referente al diagnóstico puerperal hubo dificultades

relacionadas a la cicatrización de heridas quirúrgicas lo que indica la necesidad de enfatizar en la enseñanza de la paciente sobre este aspecto.

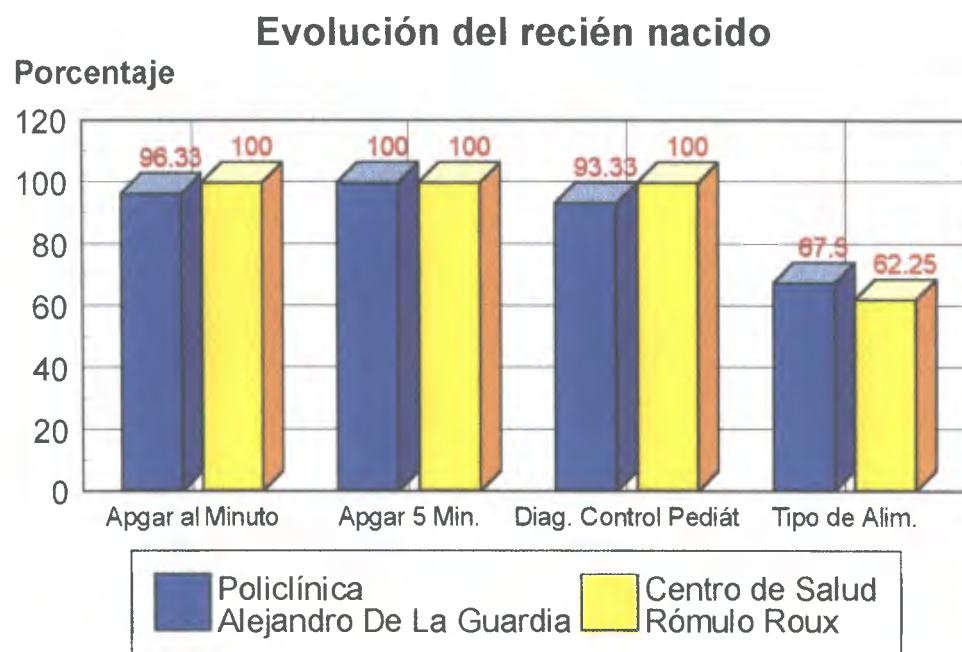
En cuanto a la alimentación del recién nacido con leche materna, aún queda mucho por hacer para lograr cambios.

Fig. 19a. Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación del impacto alcanzado por el control prenatal en la evolución materna. Diciembre 1995 - Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Fig. 19b. Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación del impacto alcanzado por el control prenatal, en la evaluación del recién nacido. Diciembre 1995 - Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro XX. DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTOS OBTENIDOS POR LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL, SEGÚN CRITERIOS CONSIDERADOS. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

CRITERIOS CONSIDERADOS	PUNTOS ESPERADOS	CENTRO DE ATENCIÓN Y PUNTOS OBTENIDOS			
		Policl. Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Estructura Física Administrativa	450	384.24	85.54	358.09	79.59
Proceso de Atención	465	351.87	75.67	401.19	86.27
Resultados Alcanzados	450	320.00	71.11	330	73.33
Impacto Alcanzado	435	397.50	91.38	408.75	93.97
TOTALES	1800	1453.61	80.76	1498.03	83.22

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

Este cuadro encierra las cifras más reveladoras del estudio, puesto que a través de él podemos lograr nuestro objetivo de clasificar el grado de calidad del control prenatal ofrecido por las dos instituciones de salud evaluadas.

Haciendo acopio de la escala de clasificación del instrumento y que a continuación presentamos, podemos decir que:

91	-	100%	Excelente calidad
81	-	90%	Buena calidad
71	-	80%	Regular calidad
70	y menos		Deficiente calidad

- a. *La calidad del control prenatal de la Policlínica Don Alejandro De La Guardia de Bethania se puede clasificar como regular. Este resultado es influenciado principalmente por el proceso de atención (75.67%=Regular) que obedece básicamente a la deficiente consignación de datos en la tarjeta de control especialmente lo relacionado con examen físico céfalocaudal completo, valoración del bienestar fetal, resultados de laboratorios. Todo lo anterior limita grandemente el asegurar la continuidad de los cuidados de la embarazada. Por otro lado, relacionamos también este resultado con el bajo porcentaje logrado en el criterio de resultados alcanzados (71.11%) lo que a su vez es consecuencia directa de la baja cobertura real alcanzada (50%) y de la baja concentración de citas de sus embarazadas (70%). Véanse cuadros XVIII, pág. 133 y VIII, pág. 91, respectivamente.*

En línea contraria, esta clasificación de la calidad del control está favorecido por la Buena Calidad en su Estructura Física y Administrativa (85.54%) y sin desmeritar deseamos mencionar que sí tiene una muy buena estructura física con dotación de excelentes instalaciones y equipos; pero que sin embargo, adolece en su estructura administrativa persé, de estrategias claves tales como falta de un sistema de interconsulta expedita de la embarazada con todo el personal de apoyo (odontólogo, nutri-

cionista, laboratorista y otros) lo que provoca una baja asistencia de la paciente a estas clínicas. Igualmente carece de estrategias para captar a la población no asistente y/o desertora; es decir se dedican a atender solo a la demanda.

- b. La calidad del control Prenatal del Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo se puede clasificar como Buena. Esta clasificación está limitada especialmente por: la necesidad de mejorar su estructura física y ofrecer mayores comodidades tanto al personal como al paciente, en la falta de vehículo para visita domiciliaria y traslado de pacientes, escasez y/o ausencia de todos los especialistas que conforman el grupo de apoyo del control prenatal (no hay psicólogo, psiquiatra ni endocrinólogo), falta de tecnologías modernas (el ultrasonógrafo está dañado y existe sólo un perinatólogo capacitado en su manejo).

Otro elemento que influencia negativamente este resultado es el puntaje obtenido en resultados alcanzados (73.33%) que, al igual que la Policlínica, se afectó por la baja cobertura real lograda (46%) y la baja concentración de citas.

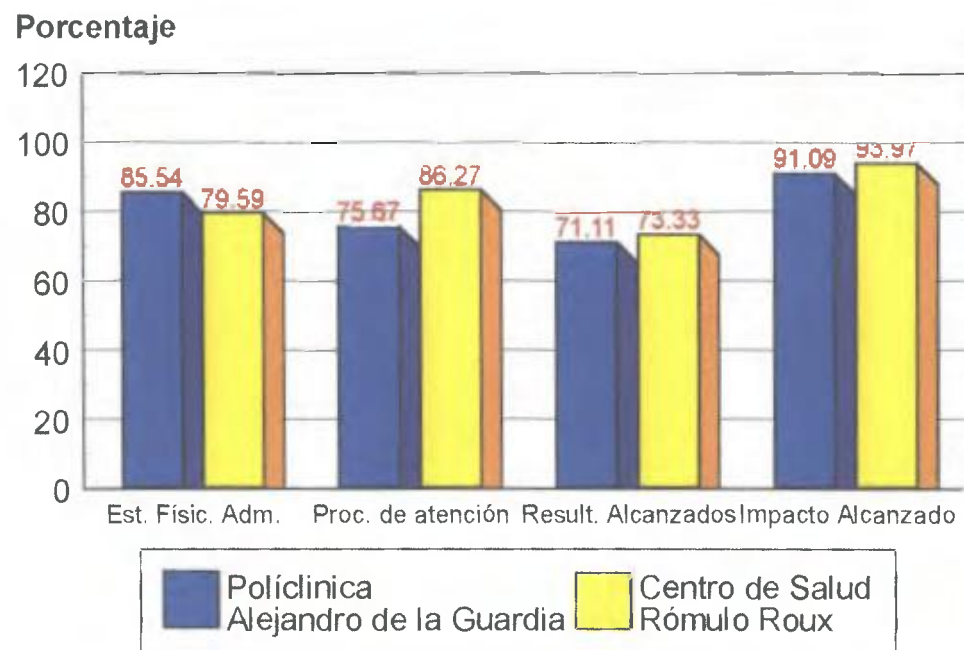
En oposición podemos afirmar que este Centro de Salud ofrece un Proceso de Atención de Buena Calidad (86.27%) lo que se evidenció durante la revisión de tarjetas de

control en las cuales encontramos la mayoría de la información solicitada, lo que nos permitió vislumbrar más claramente la adecuada aplicación de normas.

No obstante todo lo anterior, ambas instituciones obtienen clasificación de Buena Calidad en el Impacto Alcanzado (91.38 Policlínica y 93.97 Centro de Salud), ya que un alto porcentaje de sus embarazadas y progeñe evolucionaron satisfactoriamente.

Finalmente, nos corresponde señalar que la Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania ofrece un control prenatal de calidad Regular alta, en tanto que el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo alcanza una Buena calidad en el control prenatal que ofrece.

Fig. 20. Distribución de los puntos obtenidos por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de la calidad del control prenatal, según criterios considerados. Diciembre 1995 - Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

Cuadro XXI. DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE OBTENIDO POR CRITERIO VS. TOTAL ESPERADO POR LA POLICLÍNICA ALEJANDRO DE LA GUARDIA Y EL CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX, EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL. DICIEMBRE 1995-MARZO 1996

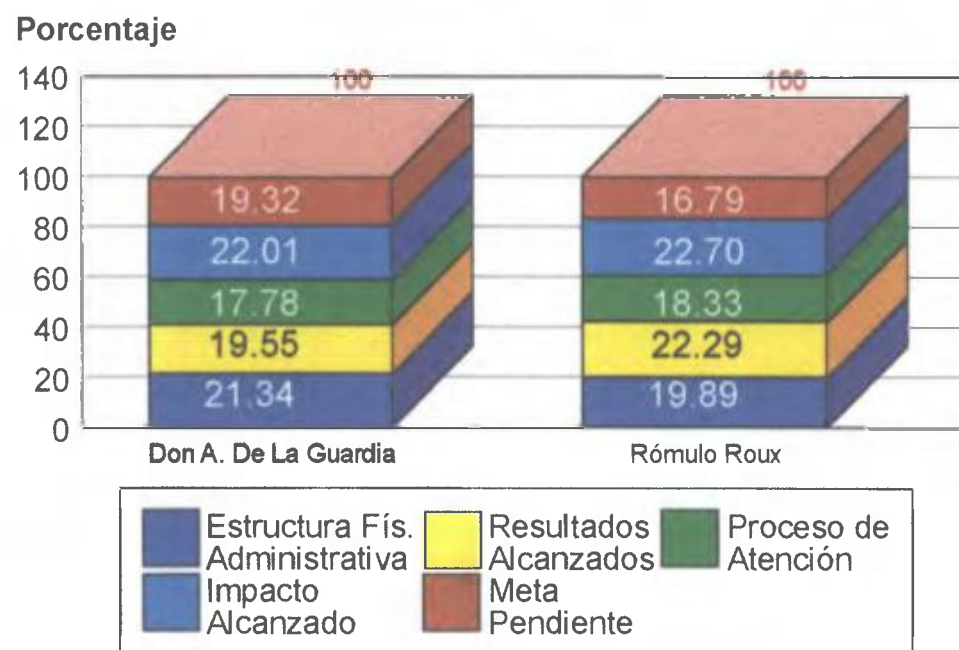
CRITERIOS CONSIDERADOS	CENTRO DE ATENCIÓN Y PUNTOS OBTENIDOS			
	Policl. Alejandro De La Guardia		Centro de Salud Rómulo Roux	
	Número	Porcen- taje	Número	Porcen- taje
Estructura Física-Administrativa	384.24	21.34	358.09	19.89
Proceso de Atención	351.87	19.55	401.19	22.29
Resultados Alcanzados	320.00	17.78	330.00	18.33
Impacto Alcanzado	396.25	22.01	408.75	22.70
Total Logrado	1452.36	80.68	1498.03	83.21
Total Esperado	1800	100	1800	100
Meta de Calidad Pendiente	347.64	19.32	301.97	16.79

Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre/95 - Marzo/96.

El cuadro refleja la relación entre los diferentes aspectos evaluados con el resultado final; es decir, la calidad del control prenatal. Los porcentajes señalan que para la Policlínica Alejandro De La Guardia los dos elementos de mayor influencia en los resultados son la Estructura Física-Administrativa y el Impacto Alcanzado. Sin embargo, para el Centro de Salud Rómulo Roux resultaron relevantes el Proceso de Atención y el Impacto Alcanzado.

Otro aspecto que deseamos señalar es la meta de calidad pendiente, que para ambos centros de atención, está por debajo de 20 por ciento.

Fig. 21. Distribución del puntaje obtenido por criterio vs total esperado por la Policlínica Alejandro De La Guardia y el Centro de Salud Rómulo Roux, en la evaluación de la calidad del control prenatal. Diciembre 1995 - Marzo 1996.



Fuente: Encuesta aplicada en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo y Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania. Diciembre 1995 - Marzo 1996.

6. PRUEBA DE HIPÓTESIS

1. A mejor estructura física - organizacional empleada en el control prenatal, mayor el impacto alcanzado.

Ho: No existe relación entre la estructura física y organizacional del control prenatal y el número de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.

Ha: Existe relación entre la estructura física y organizacional del control prenatal y el número de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.

Policlinica Alejandro De La Guardia

1. Datos conocidos:

n_1 = Valor de puntos esperados para La Estructura Física y Organizacional

n_2 = Valor de puntos esperados para El Impacto Alcanzado

P_1 = proporción de puntos obtenidos en Estructura Física y Organizacional

P_2 = Proporción de puntos obtenidos en la Quinta Parte denominada Impacto Alcanzado

Luego:

$n_1=450$ $n_2=435$ $P_1=85.54$ $P_2=91.38$

2. Suposiciones: Que la muestra proviene de una distribución normal.

Centro de Salud Romulo Roux

1. Datos conocidos:

n_1 = Valor de puntos esperados para La Estructura Física y Organizacional

n_2 = Valor de puntos esperados para El Impacto Alcanzado

P_1 = proporción de puntos obtenidos en Estructura Física y Organizacional

P_2 = Proporción de puntos obtenidos en la Quinta Parte denominada Impacto Alcanzado

Luego:

$n_1=450$ $n_2=435$ $P_1=79.59$ $P_2=93.97$

2. Suposiciones: Que la muestra proviene de una distribución normal.

3. Estadística de Prueba:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_2(100-P_2)}{n_2} + \frac{P_1(100-P_1)}{n_1}}}$$

$$Z_c = \frac{85.54 - 91.37}{\sqrt{\frac{91.37(100-91.37)}{435} + \frac{85.54(100-85.54)}{450}}}$$

$$Z_c = \frac{-5.83}{2.21}$$

$$Z_c = -2.64$$

4. Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de la Zeta calculada (Z_c) es mayor al valor crítico (Z) ó menor a su negativo ($-Z$).

$$Z_c > Z \text{ ó } Z_c < -Z$$

siendo Alfa (α)=0.05 y $Z=1.64$

5. Conclusión:

Debido a que $Z_c < -Z$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe relación significativa entre la Estructura Física - Administrativa empleada en el control prenatal y el impacto logrado en el mismo.

3. Estadística de Prueba:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_2(100-P_2)}{n_2} + \frac{P_1(100-P_1)}{n_1}}}$$

$$Z_c = \frac{79.59 - 93.97}{\sqrt{\frac{93.97(100-93.97)}{435} + \frac{79.59(100-79.59)}{450}}}$$

$$Z_c = \frac{-14.38}{2.22}$$

$$Z_c = -6.48$$

4. Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de la Zeta calculada (Z_c) es mayor al valor crítico (Z) ó si es menor a su negativo ($-Z$).

$$Z_c > Z \text{ ó } Z_c < -Z$$

siendo Alfa (α)=0.05 y $Z=1.64$

5. Conclusión:

Debido a que $Z_c < -Z$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe relación significativa entre la Estructura Física - Administrativa empleada en el control prenatal y el impacto logrado en el mismo.

2. A mayor excelencia en el Proceso de Atención mejores resultados alcanzados en el Control Prenatal.

Ho: No existe relación entre el proceso de atención y los resultados alcanzados en el control prenatal.

Ha: Existe relación entre la excelencia del proceso de atención y los resultados alcanzados en el control prenatal.

Policlínica Alejandro De La Guardia

1. Datos conocidos:

n_1 = Valor de puntos esperados en el Proceso de Atención

n_2 = Valor de puntos esperados en los Resultados Alcanzados del Control Prenatal.

P_1 = Proporción de puntos obtenidos en el Proceso de Atención

P_2 = Proporción de puntos obtenidos en los Resultados Alcanzados.

Luego:

$n_1=465$ $n_2=450$ $P_1=75.67$ $P_2=71.11$

2. **Suposiciones:** Que la muestra proviene de una distribución normal.

Centro de Salud Rómulo Roux

1. Datos conocidos:

n_1 = Valor de puntos esperados en el Proceso de Atención

n_2 = Valor de puntos esperados en los Resultados Alcanzados del Control Prenatal.

P_1 = Proporción de puntos obtenidos en el Proceso de Atención

P_2 = Proporción de puntos obtenidos en los Resultados Alcanzados.

Luego:

$n_1=465$ $n_2=450$ $P_1=86.27$ $P_2=73.33$

2. **Suposiciones:** Que la muestra proviene de una distribución normal.

3. Estadística de Prueba:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_2(100-P_2)}{n_2} + \frac{P_1(100-P_1)}{n_1}}}$$

$$Z_c = \frac{75.67 - 71.11}{\sqrt{\frac{71.11(100-71.11)}{450} + \frac{75.67(100-75.67)}{465}}}$$

$$Z_c = \frac{4.56}{2.92}$$

$$Z_c = 1.56$$

4. Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de la Zeta calculada (Z_c) es mayor al valor crítico (Z) o si Z_c es menor al valor negativo de Z ($-Z$).

siendo Alfa (α)=0.05 y $Z=1.64$
 $-Z = -1.64$

5. Conclusión:

Debido a que $Z_c < Z$

Se acepta la hipótesis nula de que no existe relación entre el Proceso de Atención y los Resultados Alcanzados.

3. Estadística de Prueba:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_2(100-P_2)}{n_2} + \frac{P_1(100-P_1)}{n_1}}}$$

$$Z_c = \frac{86.27 - 73.33}{\sqrt{\frac{73.33(100-73.33)}{450} + \frac{86.27(100-86.27)}{465}}}$$

$$Z_c = \frac{12.94}{2.63}$$

$$Z_c = 4.93$$

4. Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de la Zeta calculada (Z_c) es mayor al valor crítico (Z) o si Z_c es menor al valor negativo de Z ($-Z$).

siendo Alfa (α)=0,05 y $Z=1.64$
 $-Z = -1.64$

5. Conclusión:

Debido a que $Z_c > Z$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta que sí hay relación entre el Proceso de Atención y los Resultados Alcanzados.

3. A mejor Estructura Física - Organizacional empleada en el Control Prenatal mayor calidad en el Proceso de Atención.

H_0 : No existe relación significativa entre la Estructura Física - Organizacional y el Proceso de Atención del Control Prenatal.

H_a : Existe relación significativa entre la Estructura Física - Organizacional y el Proceso de Atención del Control Prenatal.

Policlinica Alejandro De La Guardia

1. Datos conocidos:

n_1 = Valor de puntos esperados para La Estructura Física y Organizacional

n_2 = Valor de puntos esperados para el Proceso de Atención

P_1 = Proporción de puntos obtenidos para la Estructura Física y Organizacional

P_2 = Proporción de puntos obtenidos para el Proceso de Atención

Luego:

$n_1=450$ $n_2=465$ $P_1=85.54$ $P_2=75.67$

2. Suposiciones: Que la muestra proviene de una distribución normal.

Centro de Salud Rómulo Roux

1. Datos conocidos:

n_1 = Valor de puntos esperados para La Estructura Física y Organizacional

n_2 = Valor de puntos esperados para el Proceso de Atención

P_1 = Proporción de puntos obtenidos para la Estructura Física y Organizacional

P_2 = Proporción de puntos obtenidos para el Proceso de Atención

Luego:

$n_1=450$ $n_2=465$ $P_1=79.59$ $P_2=86.27$

2. Suposiciones: Que la muestra proviene de una distribución normal.

3. Estadística de Prueba:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_2(100-P_2)}{n_2} + \frac{P_1(100-P_1)}{n_1}}}$$

$$Z_c = \frac{85.54 - 75.67}{\sqrt{\frac{75.67(100-75.67)}{465} + \frac{85.54(100-85.54)}{450}}}$$

$$Z_c = \frac{9.87}{2.59}$$

$$Z_c = 3.81$$

4. Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de la Zeta calculada (Z_c) es mayor al valor crítico (Z) o si es menor al negativo del valor crítico ($-Z$)

siendo Alfa (α)=0.05 y $Z=1.64$

5. Conclusión:

Debido a que $Z_c > Z$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe relación significativa entre la Estructura Física - Organizacional empleada en el Control Prenatal y el Proceso de Atención.

3. Estadística de Prueba:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_2(100-P_2)}{n_2} + \frac{P_1(100-P_1)}{n_1}}}$$

$$Z_c = \frac{79.59 - 86.27}{\sqrt{\frac{86.27(100-86.27)}{465} + \frac{79.59(100-79.59)}{450}}}$$

$$Z_c = \frac{-6.68}{2.46}$$

$$Z_c = -2.72$$

4. Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de la Zeta calculada (Z_c) es mayor al valor crítico (Z) o si es menor al negativo del valor crítico de ($-Z$)

siendo Alfa (α)=0.05 y $Z=1.64$

5. Conclusión:

Debido a que $Z_c < -Z$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe relación significativa entre la Estructura Física - Organizacional empleada en el Control Prenatal y el Proceso de Atención.

4. A mejor Estructura Física - Organizacional empleada en el Control Prenatal mejores resultados alcanzados.

Ho: No existe relación significativa entre La Estructura Física - Organizacional con los resultados obtenidos en el Control Prenatal.

Ha: Existe relación significativa entre La Estructura Física - Organizacional con los resultados obtenidos en el Control Prenatal.

Policlinica Alejandro De La Guardia

1. Datos conocidos:

n_1 = Valor de puntos esperados para La Estructura Física y Organizacional

n_2 = Valor de puntos esperados para los Resultados Alcanzados

P_1 = Proporción de puntos obtenidos en Estructura Física y Organizacional

P_2 = Proporción de puntos obtenidos en Resultados Alcanzados

Luego:

$n_1=450$ $n_2=450$ $P_1=85.54$ $P_2=71.11$

2. Suposiciones: Que la muestra procede de una distribución normal.

Centro de Salud Rómulo Roux

1. Datos conocidos:

n_1 = Valor de puntos esperados para La Estructura Física y Organizacional

n_2 = Valor de puntos esperados para los Resultados Alcanzados

P_1 = Proporción de puntos obtenidos en Estructura Física y Organizacional

P_2 = Proporción de puntos obtenidos en Resultados Alcanzados

Luego:

$n_1=450$ $n_2=450$ $P_1=79.59$ $P_2=73.33$

2. Suposiciones: Que la muestra procede de una distribución normal.

3. Estadística de Prueba:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_2(100-P_2)}{n_2} + \frac{P_1(100-P_1)}{n_1}}}$$

$$Z_c = \frac{85.54 - 71.11}{\sqrt{\frac{71.11(100-71.11)}{450} + \frac{85.54(100-85.54)}{450}}}$$

$$Z_c = \frac{14.43}{2.70}$$

$$Z_c = 5.34$$

4. Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de la Zeta calculada (Z_c) es mayor al valor crítico (Z) o si es menor al negativo del valor crítico ($-Z$)

siendo Alfa (α)=0.05 y $Z=1.64$

5. Conclusión:

Debido a que la $Z_c > Z$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe relación significativa entre la Estructura Física - Organizacional del Control Prenatal y sus Resultados Alcanzados.

3. Estadística de Prueba:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_2(100-P_2)}{n_2} + \frac{P_1(100-P_1)}{n_1}}}$$

$$Z_c = \frac{79.59 - 73.33}{\sqrt{\frac{73.33(100-73.33)}{450} + \frac{79.59(100-79.59)}{450}}}$$

$$Z_c = \frac{6.26}{2.82}$$

$$Z_c = 2.22$$

4. Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de la Zeta calculada (Z_c) es mayor al valor crítico (Z) o si es menor al negativo del valor crítico de ($-Z$)

siendo Alfa (α)=0.05 y $Z=1.64$

5. Conclusión:

Debido a que la $Z_c > Z$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe relación significativa entre la Estructura Física - Organizacional del Control Prenatal y sus Resultados Alcanzados.

5. A mayor Calidad del Proceso de Atención en el Control Prenatal mayor el Impacto Alcanzado.

Ho: No existe relación significativa entre Proceso de Atención y el Impacto Alcanzado en el Control Prenatal.

Ha: Existe relación significativa entre Proceso de Atención y el Impacto Alcanzado en el Control Prenatal.

Policlínica Alejandro De La Guardia

1. Datos conocidos:

n_1 = Valor de puntos esperados en el Proceso de Atención

n_2 = Valor de puntos esperados en Impacto Alcanzado

P_1 = Proporción de puntos obtenidos en el Proceso de Atención

P_2 = Proporción de puntos obtenidos en el Impacto Alcanzado

Luego:

$n_1=465$ $n_2=435$ $P_1=75.67$ $P_2=91.38$

- 2. Suposiciones:** Que la muestra procede de una distribución normal.

Centro de Salud Romulo Roux

1. Datos conocidos:

n_1 = Valor de puntos esperados en el Proceso de Atención

n_2 = Valor de puntos esperados en Impacto Alcanzado

P_1 = Proporción de puntos obtenidos en el Proceso de Atención

P_2 = Proporción de puntos obtenidos en el Impacto Alcanzado

Luego:

$n_1=465$ $n_2=435$ $P_1=86.27$ $P_2=93.87$

- 2. Suposiciones:** Que la muestra procede de una distribución normal.

3. Estadística de Prueba:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_2(100-P_2)}{n_2} + \frac{P_1(100-P_1)}{n_1}}}$$
$$Z_c = \frac{75.67 - 91.38}{\sqrt{\frac{91.38(100-91.38)}{435} + \frac{75.67(100-75.67)}{465}}}$$
$$Z_c = \frac{-15.71}{2.40}$$
$$Z_c = -6.55$$

4. Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de la Zeta calculada (Z_c) es mayor al valor crítico (Z) o menor a su negativo

siendo Alfa (α)=0.05 y $Z=1.64$

5. Conclusión:

Debido a que la $Z_c < -Z$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe relación significativa entre el Proceso de Atención y el Impacto Alcanzado en el Control Prenatal.

3. Estadística de Prueba:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_2(100-P_2)}{n_2} + \frac{P_1(100-P_1)}{n_1}}}$$
$$Z_c = \frac{86.27 - 93.97}{\sqrt{\frac{93.97(100-93.97)}{435} + \frac{86.27(100-86.27)}{465}}}$$
$$Z_c = \frac{-7.7}{1.96}$$
$$Z_c = -3.93$$

4. Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de la Zeta calculada (Z_c) es mayor al valor crítico (Z) o menor a su negativo

siendo Alfa (α)=0.05 y $Z=1.64$

5. Conclusión:

Debido a que la $Z_c < -Z$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe relación significativa entre el Proceso de Atención y el Impacto Alcanzado en el Control Prenatal.

6. A mejores Resultados Alcanzados mayor el Impacto Logrado en el Control Prenatal.

Ho: No existe relación entre Resultados Alcanzados y el Impacto Logrado en el Control Prenatal.

Ha: Sí existe relación significativa entre Resultados Alcanzados y el Impacto Logrado en el Control Prenatal.

Policlínica Alejandro De La Guardia

1. Datos conocidos:

n_1 = Valor de puntos esperados para los Resultados Alcanzados

n_2 = Valor de puntos esperados para el Impacto Logrado

P_1 = Proporción de puntos obtenidos en los Resultados Alcanzados

P_2 = Proporción de puntos obtenidos en el Impacto Logrado

Luego:

$n_1=450$ $n_2=435$ $P_1=71.11$ $P_2=91.38$

2. Suposiciones: Que la muestra procede de una distribución normal.

Centro de Salud Rómulo Roux

1. Datos conocidos:

n_1 = Valor de puntos esperados para los Resultados Alcanzados

n_2 = Valor de puntos esperados para el Impacto Logrado

P_1 = Proporción de puntos obtenidos en los Resultados Alcanzados

P_2 = Proporción de puntos obtenidos en el Impacto Logrado

Luego:

$n_1=450$ $n_2=435$ $P_1=73.33$ $P_2=93.97$

2. Suposiciones: Que la muestra procede de una distribución normal.

3. Estadística de Prueba:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_2(100-P_2)}{n_2} + \frac{P_1(100-P_1)}{n_1}}}$$
$$Z_c = \frac{71.11 - 91.38}{\sqrt{\frac{91.38(100-91.38)}{435} + \frac{71.11(100-71.11)}{450}}}$$
$$Z_c = \frac{-20.27}{2.53}$$
$$Z_c = -8.01$$

4. Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si la Zeta calculada (Z_c) es mayor que el valor crítico (Z) o menor al negativo de este valor crítico

siendo Alfa (α)=0.05 y $Z=1.64$

5. Conclusión:

Debido a que $Z_c < -Z$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta que sí hay relación significativa entre los Resultados Alcanzados e Impacto Logrado por el Control Prenatal.

3. Estadística de Prueba:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_2(100-P_2)}{n_2} + \frac{P_1(100-P_1)}{n_1}}}$$
$$Z_c = \frac{73.33 - 93.97}{\sqrt{\frac{93.97(100-93.97)}{435} + \frac{73.33(100-73.33)}{450}}}$$
$$Z_c = \frac{-20.64}{2.38}$$
$$Z_c = -8.67$$

4. Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si la Zeta calculada (Z_c) es mayor que el valor crítico (Z) o menor al negativo de este valor crítico

siendo Alfa (α)=0.05 y $Z=1.64$

5. Conclusión:

Debido a que $Z_c < -Z$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta que sí hay relación significativa entre los Resultados Alcanzados e Impacto Logrado por el Control Prenatal.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

Después del análisis de la información recabada podemos enunciar las siguientes conclusiones:

1. La muestra de embarazadas estudiadas en ambas instituciones de salud alcanzan edades no mayores a 40 años. El porcentaje más alto (80%) de ellas se concentran entre los 15 a 29 años en el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo; en tanto que para la Policlínica Alejandro De La Guardia de Bethania, este porcentaje se distribuye entre los 15 a 34 años.
2. Que ambos grupos poseen características similares en lo que a nivel de instrucción básico se refiere, es decir el mismo porcentaje posee primaria completa (10%), un porcentaje similar alcanzó la secundaria completa; pero en lo referente a la educación superior existe gran diferencia entre los porcentajes de las pacientes aseguradas que poseen algún año universitario aprobado (40%) en comparación con el porcentaje de las pacientes del Centro de Salud (3.3%).
3. La ocupación predominante de las pacientes encuestadas en el Centro de Salud es la de ama de casa (76.7%) en contraste con el 63.3% de la Policlínica que laboran fuera del hogar en diversas ocupaciones técnicas.
4. El estudio del estado civil refleja la realidad de una problemática social existente por cuanto un porcentaje

considerable, que es mayor para las pacientes del Centro de Salud, resultaron ser madres solteras. Que la unión estable predominó evidentemente sobre el matrimonio legal en las pacientes de ambas instituciones, más aún en las pacientes del Centro de Salud donde la relación de casadas civilmente contra las unidas fue de 6.7% a 63.3%, respectivamente.

5. Que alrededor de un 63% de las pacientes del estudio en el Centro de Salud alcanzan ingresos familiares no mayores a B/.400.00, mientras que las pacientes aseguradas poseen ingresos familiares un poco más altos (mediana de B/.500.00).
6. Que solamente un cuarto de la muestra estudiada en ambas instituciones inició control en el período establecido por la norma, es decir antes de las 12 semanas de gestación. Que en el Seguro Social el grupo mayoritario acudió a control prenatal entre la semana 17 a 20 de gestación y un 25%, aproximadamente, lo hizo después de esta semana. En tanto que, las pacientes del Centro de Salud, en un porcentaje alarmante (43.3%), iniciaron control prenatal después de la semana número 20 del embarazo.
7. Que solamente un 36.7% de las pacientes encuestadas en ambas instituciones alcanzaron la concentración de citas mínimas establecidas por la norma (7 citas), y que porcentajes relevantes de pacientes alcanzaron únicamente

entre 1 a 3 citas en total.

8. Menos del 50% de las pacientes de la Policlínica Alejandro De La Guardia recibieron toda la orientación establecida en la norma contra el 72% de las pacientes del Centro de Salud que sí la recibieron.
9. Que la información consignada en los expedientes no permite asegurar que se cumplen las normas del Programa Maternal en la primera consulta del control prenatal. Que la consignación de información de los expedientes del Centro de Salud resultó ser más clara y completa obteniendo el 100% de los puntos en algunas actividades de las citas subsiguientes, no así para la Policlínica.
10. Que un porcentaje de 80 y más de las pacientes de ambas instituciones de salud se sienten satisfechas por la atención recibida; pero que existe descontento específicamente en el prolongado período que esperan para ser atendidas en el Centro de Salud y la falta de explicaciones de parte del personal de la Policlínica.
11. La evolución del parto y puerperio de un alto porcentaje de las pacientes de ambas instituciones resultó la esperada y que el resto de ellas se vieron afectadas por factores que se pueden considerar no asociados al control prenatal. Sin embargo, un número considerable de ellas no aplican la norma de la lactancia exclusiva.
12. El Centro de Salud Rómulo Roux alcanza calificación de

Regular Alta en la Estructura Física - Administrativa y la Policlínica Alejandro De La Guardia logra, en este mismo rubro, Buena calificación.

Que en cuanto a la estructura física, recursos humanos y materiales la Policlínica supera al Centro de Salud, mientras que éste último lo hace específicamente en la mejor estructura administrativa.

13. En la Evaluación del Proceso de Atención, el Centro de Salud logró Buena Calidad y la Policlínica Regular, y que estos resultados fueron influidos principalmente por la deficiencia en la consignación de información en los expedientes, práctica más frecuente, precisamente, en la Policlínica.
14. En cuanto a la valoración de los Resultados Alcanzados, ambas instituciones se clasifican como Regulares debido, principalmente, al bajo porcentaje de puntos logrados por el programa maternal en la cobertura real de embarazadas.
15. La valoración del Impacto Alcanzado por el control prenatal ofrecido por ambas instituciones, revela Buena Calidad.
16. Evaluados todos los elementos que conforman la calidad, se obtiene que el Centro de Salud Rómulo Roux de Pueblo Nuevo ofrece un control prenatal de Buena Calidad, mientras que el ofrecido por la Policlínica Alejandro De La Guardia es de Calidad Regular Alta.

17. Que la responsabilidad de ofrecer servicios de calidad involucra no sólo al personal médico y de enfermería sino también, al personal de archivos clínicos, de aseo, mantenimiento, farmacia, laboratorios y otros.
18. Que la calificación de la calidad del control prenatal obtenida por ambas instituciones de salud está limitada principalmente por:
 - a. Falta de estrategias administrativas tendientes a cubrir a la paciente, en su primera visita, con todas las evaluaciones del equipo de apoyo (específicamente en la Policlínica), es decir carencia de un sistema de referencia expedita.
 - b. Falta de estrategias para expandir los servicios extramuro, es decir no dedicarse sólo a atender la demanda (ambas instituciones).
 - c. Ausencia de estrategias de seguimiento de inasistentes y/o pacientes que por diversas razones no se realizan los laboratorios y otros.
 - d. Poca concientización del personal sobre la importancia de consignar información completa en el expediente sobre la condición y atención ofrecida lo que limita la continuidad de los cuidados de la embarazada y hace nulo el objetivo por el cual fue creada la ficha o tarjeta de control prenatal; además de no evidenciar la aplicación de las normas.

- e. El programa de docencia está establecido en un horario rígido que no permite de ninguna manera la cobertura del 100% de los pacientes a los cuales está dirigido (específicamente en el Seguro Social).
- f. Ausencia de un programa social con fondos para ayudar a la mujer embarazada a mejorar su alimentación durante este período, obtener fondos para sus exámenes y/o medicamentos y orientar a la madre soltera para enfrentar esta crisis.
- g. Horario de atención rígido, lo que no facilita la concurrencia de mujeres que laboran fuera del hogar (especialmente Centro de Salud).
- h. Falta de un sistema de evaluación que incluya al personal del tercer nivel y a los propios pacientes, que sea frecuente y que sus resultados se utilicen para readecuar el servicio.
- i. Incongruencia entre el porcentaje de pacientes a cubrir según las metas y el universo del cual cada institución es responsable, lo que deja por fuera un porcentaje importante de embarazadas que no reciben este servicio.

7.2 Recomendaciones

Después de culminar este estudio deseamos presentar las siguientes recomendaciones:

1. Siempre que se ofrezcan servicios de salud al público se debe partir del conocimiento de sus necesidades reales, de sus limitaciones, de sus características y de sus expectativas de manera tal que se asegure, en gran medida, la calidad y aceptación del mismo.
2. Que los resultados obtenidos en esta investigación sean discutidos por los involucrados para que se tomen las medidas necesarias para reforzar debilidades y mantener los elementos y/o aptitudes positivas.
3. Que se haga extensivo la aplicación de este u otro instrumento a todas las instituciones de salud que ofrecen la atención de la gestante o el control prenatal.
4. Que se establezcan cronogramas de evaluaciones de la calidad como parte indispensable de las metas anuales en todas las instituciones de salud.
5. Que no se visualice la evaluación de la calidad de la atención como una amenaza para la integridad profesional del personal que la ofrece; sino como lo que realmente es: una herramienta útil en la sustentación de necesidades y la única característica propia de la atención capaz de lograr el bienestar total del paciente.

6. Que el liderazgo de la calidad sea internalizado por todos y cada uno de los integrantes de las instituciones de salud, desde los niveles más altos hasta las bases; de manera que la responsabilidad de alcanzarla sea visualizada como debe ser: una responsabilidad compartida.

8. BIBLIOGRAFÍA CITADA

- BARRA, R. 1991. Círculos de Calidad. 2ª Ed. Editorial McGraw-Hill, México.
- BENSON, R. 1980. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico. 3ª Ed. El Manual Moderno, S. A., México.
- CIFUENTES, R. 1988. Obstetricia de alto riesgo. 2ª. Ed. Talleres Gráficos de Imprenta Departamental, Colombia, 442 págs.
- DONABEDIAN, A. 1988. Evaluación de la Atención del Paciente. Centro Latinoamericano de Administración Médica. Buenos Aires.
- DONABEDIAN, A. 1992. Calidad, costo y salud. O.P.S. N° 534. Washington, D.C., 38 págs.
- LÓPEZ, L. 1995. Trabajos de graduación e informes. 3ª Ed. Imprenta Universitaria, Panamá, 126 págs.
- LWANGA, S. K. 1991. Determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios. 1ª Ed. O.M.S., Ginebra, 80 págs.
- MALAGÓN, G. y HERNÁNDEZ, L. 1995. Infecciones hospitalarias. 1ª Ed. Editorial Médica Panamericana Internacional, Colombia, 931 págs.
- Ministerio de Salud. 1988. Normas técnico-administrativas del programa maternal.
- O.M.S. 1987. Condiciones de eficiencia de los servicios materno infantil. Washington.
- O.M.S. 1981. Evaluación de los programas de salud. N° 6 Serie Salud Para Todos, 49 págs.
- O.M.S.-O.P.S. 1993. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Washington.
- PRITCHAR, J. y Otros. 1986. Obstetricia de Williams. 3ª Ed. Salvat Editores, España, 900 págs.
- PRITCHAR, P. 1981. Manual de atención primaria de salud: su naturaleza y organización. 1ª Ed. Ediciones Díaz de Santos, España.
- REEDER, S. y MASTRONIANI, L. 1988. Enfermería materno infantil. 15ª Ed. Editorial Harla, México, 1157 págs.

- ROEMER, M.I. y MONTOYA, A. 1988. Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud. O.M.S., Suiza, 249 págs.
- SCHWARCS, R. 1986. Obstetricia. 4ª Ed. Editorial El Ateneo, Argentina.
- VARGAS FUENTES, M. 1990. Gerencia de servicios de salud. 1ª Ed. Costa Rica, 147 págs.
- WAYNE, D. 1993. Bioestadística. 3ª Ed. Editorial Limusa, México, 666 págs.

Revistas

- O.M.S. Foro Mundial de la Salud. Maternidad sin Riesgo; meta de la asistencia obstétrica. Volumen 12, número 1. 1991, págs. 1 a 6.
- O.P.S. Educación Médica y Salud. "Implantación de Programas de Garantía de Calidad en los Hospitales de América Latina y el Caribe." Volumen 27, No. 3, Julio-Septiembre, 1993, págs. 357-375.

Publicaciones

- Heather Palmer. "Evaluación de la Asistencia Ambulatoria: Principios y Práctica." Madrid: Dirección General de Planificación Sanitaria. 1990. 155 págs.

Diccionarios

- Diccionario de La Lengua Española. Grupo Editorial Océano. España. 1989.
- Diccionario de Sinónimos y Antónimos. Grupo Editorial Océano. España. 1989.

Tesis

- CARVAJAL, E. 1968. Evolución del Programa del Servicio de Enfermería Clínica Prenatal de la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás. Tesis. Universidad de Panamá, Panamá, Panamá.

9. ANEXOS

ANEXO No. 1
INSTRUMENTO DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y
POST GRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Programa de Maestría en Ciencias con
Especialización Materno Infantil

Instrumento para la Investigación de la
Calidad del Control Prenatal

Objetivo: Clasificar el grado de la calidad del control prenatal ofrecido por dos instituciones gubernamentales de salud.

INSTRUCTIVO

El presente instrumento está dirigido a recopilar información relacionada a la calidad del control prenatal que ofrecen dos instituciones de salud de asistencia social. El mismo consta de cinco grandes partes, cada una con un número variable de criterios y subcriterios los cuales se han compilado bajo la columna denominada criterios a evaluar. En la columna de puntos esperados aparecen los valores numéricos asignados a cada criterio. Seguidamente encontramos la columna de puntos obtenidos donde el investigador consignará el valor numérico obtenido por el criterio evaluado. En la columna de observaciones deberá anotarse cualquier información relacionada al subcriterio que se evalúa y que permitirá ampliar y/o analizar en forma más realista los resultados obtenidos.

FUENTE DE DATOS - SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE PUNTOS

Primera Parte: Datos Generales

En la Primera Parte sólo debe llenar los espacios en blancos con la respuesta de la encuestada; no lleva puntaje.

Segunda Parte: Estructura Física y Administrativa

La fuente de datos será la observación directa del investigador sobre las instalaciones físicas de la institución de salud donde se realiza el estudio, conjugada con la entrevista a las autoridades administrativas de las mismas. Esta parte del instrumento se aplicará una sola vez en cada institución donde se realice el estudio.

Tercera Parte: Proceso de Atención - Etapa A

Los datos serán obtenidos de la información contenida en la tarjeta de control de la embarazada.

Etapa B: Accesibilidad al Servicio y Satisfacción del Usuario

Para obtener los datos será necesario la entrevista de cada embarazada que conforme la muestra.

Ambas etapas de esta tercera parte serán aplicadas un número de veces igual al número de la muestra estudiada.

Cuarta Parte: Resultados Alcanzados y Alcance de Metas Programadas

La respuesta a las preguntas 1 y 2 de esta cuarta parte se tomarán de los resultados de la evaluación programática más reciente de la institución y sólo se aplicará una sola vez en cada institución donde se realice el estudio. Sin embargo, la pregunta número 3 será contestada en base a la información registrada en la tarjeta y/o expediente de la embarazada y la misma será aplicada tantas veces sea necesario para cubrir el número total de la muestra.

Quinta Parte: Impacto Alcanzado: Deberá llenarse partiendo de la información que contienen las referencias posparto de las pacientes que integran la muestra al igual que de la referencia de su recién nacido. La misma se complementará con la información del expediente de la madre y el niño relacionada a su primera cita puerperal y de crecimiento y desarrollo, respectivamente. Esta quinta parte se aplicará a cada miembro de la muestra.

Escala Ponderativa

Una vez aplicado el instrumento completo a toda la muestra se procederá de la siguiente forma:

Segunda Parte: Sume todos los puntos obtenidos para obtener un total que denominaremos t_1 .

Tercera Parte: Debido a que ésta se aplica a cada miembro de la muestra se procede distinto:

- a. Realice una sumatoria, por pregunta, de los puntos obtenidos por cada miembro de la muestra.

Ejemplo: Pregunta No. 1

Sumatoria de Puntos Obtenidos = Puntos Obtenidos n_1 + Puntos Obtenidos n_2 +..... Puntos Obtenidos n_{30} . A este total le llamaremos X_1 . Este procedimiento debe realizarlo con cada pregunta hasta la No. 25 obteniendo de esta forma X_2 , X_3 , X_4 , ... X_{25} .

En las preguntas 23, 24 y 25 sume primero los puntos obtenidos en los subpuntos a, b, c para tener un total de X_{23} , X_{24} y X_{25} , respectivamente.

Finalmente sume el valor de $X_1 + X_2 + X_3 \dots X_{25}$ para obtener el t_2 de la segunda parte.

Cuarta Parte:

Trabaje en primer lugar con la pregunta número 3 haciendo una sumatoria total de citas de cada embarazada encuestada al cual denominaremos C_T .

Ejemplo:

C_T = Total de citas n_1 + total de citas n_2 ... total de citas n_{30}

Seguidamente colocaremos el valor de C_T en una regla de tres donde el cien por ciento es el valor obtenido de multiplicar 7×30 , es decir 210 citas mínimas que debieron alcanzar las 30 embarazadas de la muestra según lo establecido en la norma.

Esquemáticamente hablando sería así:

$$\begin{array}{rcl} 210 & - & 100\% \\ C_T & - & X \end{array}$$

El valor hallado para X equivale al porcentaje alcanzado según la concentración total de citas y que ubicaremos en la escala establecida en el instrumento en la IV Parte pregunta número tres.

Así por ejemplo, si el porcentaje alcanzado es el 78% la institución obtiene 105 puntos para la pregunta No. 3.

Después de realizar lo anterior, sume los puntos obtenidos en las preguntas No. 1, 2 y No. 3. Es decir: Puntos obtenidos en la IV Parte = puntos obtenidos en la pregunta N° 1 + puntos obtenidos en la pregunta N° 2 + puntos obtenidos en la pregunta N° 3, logrando un valor que llamaremos t_3 .

Quinta Parte: Debido a que se aplicó a cada miembro de la muestra se realiza primero, una sumatoria de puntos obtenidos por pregunta.

Ejemplo: Sumatoria de Puntos Obtenidos de la Pregunta No.1 = Puntos Obtenidos por n_1 + Puntos obtenidos n_2 +Puntos Obtenidos por n_{30} . Al valor que resulta de esta sumatoria le llamaremos q_1 . Realice este procedimiento para cada pregunta, es decir 2, 3, 4 ... y 7; obteniéndose q_2 , q_3 , q_4 ... q_7 .

Finalmente obtenga t_4 sumando a $q_1 + q_2 + q_3 + \dots q_7$.

El siguiente paso es obtener un solo total (T) de puntos, para ello sume los valores de t_1 hasta t_4 .

Ejemplo: $T = t_1 + t_2 + t_3 + t_4$.

El valor de (T) será ubicado en una regla de tres donde el 100% estará representado por el total de puntos esperados (1800) y la incógnita a descubrir (X) es el porcentaje al cual equivale del 100%. Esquemáticamente sería así:

$$\begin{array}{ccc} 1800 & - & 100\% \\ (T) & - & X \end{array}$$

En el caso en que se haya evaluado algún subcriterio como no aplicable, se le otorgará el valor de puntos esperados con la finalidad de no afectar negativamente los resultados. El símbolo de no aplicable (N/A) se consignará en la columna de observaciones para hacer más objetivo el análisis.

Escala Evaluativa

El porcentaje obtenido será ubicado en la siguiente escala evaluativa basada en los percentiles 91, 81, 71 y 61 a los cuales se les ha asignado el calificativo de excelente, bueno, regular y deficiente, respectivamente.

91%	-	100%	Excelente calidad
81%	-	90%	Buena calidad
71%	-	80%	Regular calidad
61%	-	70%	Deficiente calidad

Excelente Calidad: Se define como el control prenatal que reúne los elementos ideales para lograr el objetivo para el que fue creado, incluye promoción de la salud y prevención de enfermedades del binomio madre-hijo.

Buena Calidad: Control prenatal que reúne los elementos indispensables para asegurar el bienestar de la embarazada y

su progenie y prevenir los riesgos más comunes a ambos. No incluye promoción de la salud.

Regular Calidad: Control prenatal que reúne los requisitos mínimos necesarios para mantener la salud de la embarazada y de su progenie. No incluye promoción de la salud y prevención de riesgos.

Deficiente Calidad. Los elementos que incluye el control prenatal deficiente permiten, con dificultad, asegurar la salud de la embarazada excluyendo a su progenie.

I PARTE. DATOS GENERALES

Edad: _____ años
 Estado Civil: _____
 Oficio: _____
 Escolaridad: _____
 Grava: _____ Para: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____
 Ingreso Económico Mensual de la Familia, en balboas: _____

II PARTE. ESTRUCTURA FÍSICA Y ADMINISTRATIVA

ETAPA A. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y EQUIPO, INSTALACIONES FÍSICAS, PROGRAMACIÓN ADMINISTRATIVA

Dirección: _____ # de Cuadrícula: _____
 Teléfono: _____ # de Cédula: _____

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
1. <u>SALA DE ESPERA:</u>	<u>10</u>		
- <u>Ubicación</u>	<u>(0.50)</u>		
- Frente a consultorios	0.5		
- Cerca a consultorios con micrófonos	0.40		
- Lejos de consultorios con sistema de micrófonos	0.35		
- Lejos de consultorios y sin micrófonos	0.30		
- <u>Ventilación</u>	<u>(0.50)</u>		
- A base de aires acondicionados	<u>(0.50)</u>		
- Suficientes	0.13		
- Funciona siempre en los últimos tres meses	0.37		
- A base de abanicos:	<u>(0.40)</u>		
- Suficientes	0.10		
- Funciona siempre en los últimos tres meses	0.30		
- <u>Número de Sillas</u>	<u>(3.5)</u>		
- 1:1 en relación a la demanda	3.5		
- 81% de los presentes están sentados	2.84		
- 71% de los presentes sentados	2.49		
- <u>Fuente de Agua Fría:</u>	<u>(1.5)</u>		
- Función ininterrumpida los últimos 3 meses	1.5		
- Función continua los últimos 3 meses con agua caliente	1.22		
- <u>Sanitario:</u>	<u>(3.0)</u>		
- Funciona	1.0		
- Limpio	0.80		
- Con lavamano que funciona	0.40		
- Con jabón	0.30		
- Número acorde con la demanda	0.50		
- <u>Paredes:</u>	<u>(0.50)</u>		
- Limpias	0.20		
- Lavables	0.17		
- Pintadas	0.13		

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Pisos:</u> <ul style="list-style-type: none"> * Limpios 0.20 * No resbaladizos 0.30 	(0.50)		
2. CUBÍCULOS DE ATENCIÓN	100		
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Ofrecen Privacidad al Paciente</u> (6.80) * <u>Lavamanos:</u> (2.0) <ul style="list-style-type: none"> * Función continua los últimos 3 meses 1.0 * Con jabón 1.0 * Claridad artificial y/o natural 1.0 * Temperatura ambiental agradable 0.50 * Escritorio 0.50 * <u>Camilla ginecológica:</u> (6.80) <ul style="list-style-type: none"> * Con estribos 3.0 * Plataforma para extender los pies 2.0 * Banquillo para subir 1.0 * Papel camilla 0.80 * Dos sillas 1.0 * <u>Cinta métrica:</u> (6.9) <ul style="list-style-type: none"> * No extensible 3.45 * Números legibles 3.45 * Abate lenguas desechable 1.0 * <u>Estetoscopio:</u> (6.9) <ul style="list-style-type: none"> * Sencillo 5.0 * De campana 6.9 * <u>Fetoscopio:</u> (6.9) <ul style="list-style-type: none"> * Manual 5.0 * Electrónico (6.9) <ul style="list-style-type: none"> * Baja sensibilidad 5.5 * Alta sensibilidad 6.9 * <u>Esfigmomanómetro</u> 6.90 * <u>Espéculos vaginales:</u> (6.80) <ul style="list-style-type: none"> * Desechables 6.80 * Rehusables 5.0 * <u>Solicitud de laboratorios:</u> (2.0) <ul style="list-style-type: none"> * Hematología 0.60 * Urinálisis 0.50 * Serología 0.40 * Papanicolao 0.30 * Química 0.20 * <u>Equipo Para Toma de PAP:</u> (6.8) <ul style="list-style-type: none"> * Portaobjetos 4.0 * Fijador: (1.80) <ul style="list-style-type: none"> * Especial 1.80 * Substituto 1.35 * <u>Paletas (palillos)</u> (1.0) <ul style="list-style-type: none"> * Especiales 1.0 * Isopos 0.75 * <u>Sabanita de paciente:</u> (0.50) <ul style="list-style-type: none"> * Limpia 0.25 * Uso: (0.25) <ul style="list-style-type: none"> * Individual 0.25 * Con varias pacientes 0.125 			

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> * Papel toalla 	0.50		
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Guantes estériles:</u> 	<u>(3.0)</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Desechables 	3.0		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Reusables 	2.13		
<ul style="list-style-type: none"> * Gel transductor (si hay doppler) 	0.50		
<ul style="list-style-type: none"> * Recetarios médicos 	0.75		
<ul style="list-style-type: none"> * Hoja de referencia 	0.75		
<ul style="list-style-type: none"> * Lámpara de cuello largo 	6.80		
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Equipo de examen físico</u> 	<u>(6.80)</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Martillo de reflejo 	3.0		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Otoscopio 	1.30		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Oftalmoscopio 	2.50		
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Recipiente de Basura</u> 	0.50		
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Equipo para temperatura:</u> 	<u>(2.50)</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Termómetros: 	1.25		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Digitales 	1.25		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Manuales 	(1.01)		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Bandeja con soluciones 	0.50		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Número acorde con demanda 	0.51		
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Tallímetro de adulto</u> 	<u>6.8</u>		
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Balanza de adulto:</u> 	<u>(6.8)</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Balanceada 	3.00		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Números visibles 	2.80		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Limpia 	1.00		
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Paredes:</u> 	<u>(0.50)</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Limpias 	0.30		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Lavables 	0.15		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Pintadas 	0.05		
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Pisos:</u> 	<u>(0.50)</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * No resbaladizos 	0.30		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Limpios 	0.20		
3. RECEPCIÓN Y ARCHIVOS CLÍNICOS	5.0		
<ul style="list-style-type: none"> * Manejado por personal Idóneo 	2.50		
<ul style="list-style-type: none"> * Espacio acorde 	1.0		
<ul style="list-style-type: none"> * Archivos en orden lógico 	1.5		
4. ÁREA DE INMUNIZACIONES	40		
<ul style="list-style-type: none"> * Ofrece privacidad 	0.50		
<ul style="list-style-type: none"> * Lavamanos funcionando continuamente en los últimos 3 meses 	1.50		
<ul style="list-style-type: none"> * Con jabón desinfectante 	1.00		
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Refrigerador:</u> 	<u>(7.0)</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Sólo para vacunas 	3.0		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Con termómetro 	2.50		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Con cubos de hielo 	1.5		
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Camilla:</u> 	<u>(2.0)</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Banquillo o piecero 	0.90		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Sabanita de paciente 	<u>(0.70)</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Limpia 	0.35		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * Uso: 	(0.35)		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * individual 	0.35		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> * múltiple 	0.22		

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
- Tipo de Forro:	(0.40)		
- Papel de camilla	0.40		
- Tela	0.20		
- Vacunas:	(7.0)		
- Vigentes	2.33		
- Bajo la cadena de frío	2.33		
- Siempre en existencia (anti-tetánica)	2.34		
- Materiales	(7.0)		
- Jeringuillas:	(3.0)		
- desechables	1.0		
- Aguja No. 21 a 22	1.0		
- Siempre en existencia	1.0		
- Alcohol al 70%	3.0		
- Motas de algodón	1.0		
- Promoción de la Inmunización	(5.0)		
- Cooler para visitas	(2.0)		
- Práctico o funcional	1.0		
- Con termómetro	0.60		
- Limpio	0.40		
- Personal encargado:	(7.0)		
- Enfermera	7.0		
- Auxiliar de Enfermería	5.0		
5. EL PROGRAMA CUENTA CON:	50		
- Ginecólogo Obstetra	10		
- Enfermera Obstetra	10		
- Nutricionista	5.0		
- Endocrinólogo	5.0		
- Tecnólogo Médico	7.0		
- Odontólogo	5.0		
- Psicólogo	5.0		
- Psiquiatra	3.0		
6. EL NÚMERO DE GINECÓLOGOS PERMITE EL CONTACTO DE 4 PACIENTES POR HORA	10		
7. LA ENFERMERA OBSTETRA ORIENTA A LA EMBARAZADA EN SU CONTROL PRENATAL	5.0		
8. HAY PERSONAL CAPACITADO EN:	35		
- Ultrasonografía	8.0		
- Monitoreo Fetal	8.0		
- Peso y talla de la embarazada	8.0		
- Limpieza y desinfección de equipo	6.0		
- Limpieza y desinfección de pisos	2.0		
- Envoltura y conservación del equipo estéril	3.0		
9. DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES	10		
- Sulfato Ferroso (substituto)	4.0		
- Ácido Fólico (substituto)	4.0		
- Cremas Vaginales	2.0		
10. ACCESIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES	20		
- Siempre en existencia	5.0		
- Facilidades de Pago	15.0		
11. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES TODO EL EQUIPO MENCIONADO SIEMPRE HA ESTADO DISPONIBLE	15		

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
12. SE DISPONE DE VEHÍCULO PARA:	30		
- <u>Visitas domiciliarias</u>	<u>(15)</u>		
- Siempre disponible	7.0		
- Equipado	7.0		
- Cómodo	1.0		
- <u>Traslado de pacientes</u>	<u>(15)</u>		
- Siempre disponible	7.0		
- Equipado	7.0		
- Cómodo	1.0		
13. TECNOLOGÍA MODERNA: SE CUENTA CON	20		
- Ultrasonógrafo:	(10)		
- Propio	10		
- Se deriva a otra institución	7.0		
- Monitoreo fetal:	(10)		
- Propio	10		
- Se deriva a otra institución	7.0		
14. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA	100		
- Normas del Control Prenatal accesibles al personal del programa	8.0		
- <u>Programación de Metas Anuales</u>	<u>(15)</u>		
- Escritas	5.0		
- Conocidas por el personal del Programa	10.0		
- <u>Implementación de Evaluaciones de Metas Alcanzadas</u>	<u>(10)</u>		
- Trimestral	7.5		
- Semestral	5.0		
- Anual	2.5		
- <u>Sistema de Interconsulta Especializada expedita e intramuro con:</u>	<u>(12.0)</u>		
- Odontólogo	4.0		
- Nutricionista	4.0		
- Psicólogo	4.0		
- Resto del personal de apoyo	4.0		
- <u>Estrategias de Evaluación de la atención:</u>	<u>(15)</u>		
- Intramuro	10		
- Intra y Extramuro (Incluye al personal del III Nivel de Atención)	15		
- <u>Implementación de Estrategias para captar nuevas embarazadas</u>	<u>(15)</u>		
- <u>Visitas Domiciliarias</u>	8.0		
- Divulgación	2.0		
- Promoción Educación	5.0		
- <u>Accesibilidad de los servicios que ofrece:</u>	<u>(25)</u>		
- <u>Consulta de control prenatal</u>	<u>(9.0)</u>		
- Costo accesible	4.5		
- Cupos según demanda	4.5		
- <u>Ultrasonido</u>	<u>(4.5)</u>		
- Costo accesible	2.25		
- Cupos según demanda	2.25		

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
- Monitoreo Fetal	<u>(4.50)</u>		
- Costo accesible	2.25		
- Cupos según demanda	2.25		
- Servicios de apoyo (Laboratorios, Odontología, Nutricionista)	<u>(7.0)</u>		
- Costo accesible	3.5		
- Cupos según demanda	3.5		
TOTAL	<u><u>450</u></u>		

III PARTE: PROCESO DE ATENCIÓN

ETAPA A: APLICACIÓN DE NORMAS

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
A. PRIMERA CONSULTA:	<u>120</u>		
1. <u>Período de Ocurrencia</u>	<u>(30)</u>		
- Antes de la semana 12 de gestación	1		
- Entre las semanas 13 a 16 de gestación	0.81		
- Entre las semanas 17 a 20 de gestación	0.71		
- Después de la semana 20	0		
2. <u>Historia Clínica Perinatal</u>	<u>(4.8)</u>		
- Completa	0.16		
- Faltan algunos datos e incluye datos del día	0.13		
- Sólo hallazgos del día	0.11		
3. <u>Exámenes de gabinete</u>	<u>(15)</u>		
- VDRL	0.07		
- Glicemia	0.07		
- Hemoglobina - Hematocrito	0.08		
- Urinálisis	0.08		
- Heces	0.06		
- Química	0.07		
- Tipaje - Rh	0.08		
4. <u>Examen Físico Céfaló Caudal</u>	<u>(60)</u>		
- Cabeza:	<u>(3.3)</u>		
- c/embarazada	0.11		
- Ojo:	<u>(5.1)</u>		
- c/embarazada	0.17		
- Cuello:	<u>(3.6)</u>		
- c/embarazada	0.12		
- Cardiopulmonar:	<u>(10)</u>		
- corazón	0.11		
- pulmón	0.11		
- mamas	0.11		
- Abdomen:	<u>(17)</u>		
- Altura uterina	0.20		
- Frecuencia Cardíaca Fetal	0.15		
- Situación Fetal	0.12		
- Posición Fetal	0.10		

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
- Genitales	(15)		
- Papanicolao	0.18		
- Cuello	0.16		
- Anexos	0.16		
- Miembros Inferiores: c/embarazada	(6.0) 0.20		
5. Aplicación del Enfoque de Riesgo	(8.1)		
- Clasifica a la embarazada según riesgo c/u	0.27		
6. Refiere al Odontólogo c/embarazada	(2.1) 0.07		
B. CONSULTAS SUBSIGUIENTES	180		
7. Receta Hematínicos c/embarazada	(25) 0.83		
8. Solicita laboratorios según norma c/embarazada	(30.0) 1.0		
9. Refiere a inmunización según norma c/embarazada	(15) 0.50		
10. Cita según norma c/embarazada	(25) 0.83		
11. En cada cita evalúa a la paciente en los siguientes aspectos:	(40)		
- Frecuencia Cardiaca Fetal	0.34		
- Altura Uterina	0.34		
- Presión Arterial	0.33		
- Ganancia de Peso	0.32		
12. Maniobra de Leopold completa en todas las citas:	(40)		
- Presentación Fetal c/embarazada	(20) 0.67		
- Situación Fetal c/embarazada	(15) 0.50		
- Posición Fetal c/embarazada	(5.0) 0.16		
13. Referencia según situación y norma c/embarazada	(5.0) 0.17		
C. DOCENCIA RECIBIDA	(15.0)		
14. Cuidados del embarazo cada embarazada	(2.50) 0.09		
15. Alimentación durante el embarazo cada embarazada	(2.50) 0.09		
16. Preparación para el parto cada embarazada	(2.50) 0.09		
17. Preparación para la lactancia cada embarazada	(2.50) 0.08		

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
18. Cuidados del recién nacido cada embarazada	(2.50) 0.08		
19. Cuidados del puerperio cada embarazada	(2.50) 0.07		

III PARTE: PROCESO DE ATENCIÓN

ETAPA B. ACCESIBILIDAD AL SERVICIO Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
D. <u>CONVENIENCIA DEL HORARIO DE ATENCIÓN</u>	(20)		
20. Este horario se ajusta a sus necesidades			
- Sí	0.67		
- No	0.0		
E. <u>CORRESPONDENCIA ENTRE OFERTA Y DEMANDA</u>	30		
21. Siempre que ha requerido atenderse, ha encontrado cupo:			
- Sí	1		
- No	0		
F. <u>TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN</u>	10		
22. - Entre 15 a 30 minutos	0.33		
- Entre 31 a 60 minutos	0.27		
- 61 a 90 minutos	0.23		
- 90 minutos y más	0.0		
G. <u>SATISFACCIÓN DEL USUARIO</u>	30		
23a. La atención recibida es la que esperaba	(20)		
- Sí	0.67		
- No	0.0		
23b. Regresaría si tuviera la posibilidad de acudir a otra institución	(10)		
- Sí	0.33		
- No	0.0		
H. <u>ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA DE LA INSTITUCIÓN</u>	30		
24a. Cuenta con transporte colectivo a cualquier hora para llegar a la institución:	(15)		
- Sí	0.50		
- No	0.0		

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
24b. Costo de transporte es accesible a su presupuesto:	(15)		
- Sí	0.50		
- No	0.0		
I. ACCESIBILIDAD ECONÓMICA AL SERVICIO:	(30)		
25. El costo económico del servicio e ajusta a su presupuesto:			
a. Consulta:	(12)		
- Sí	0.40		
- No	0.0		
b. Laboratorios	(12)		
- Sí	0.40		
- No	0.0		
c. Pruebas Especiales	(6)		
- Sí	0.20		
- No	0.0		
TOTAL	465		

IV PARTE: RESULTADOS ALCANZADOS

ALCANCE DE METAS PROGRAMADAS

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
1. <u>Porcentaje de Metas Programadas Alcanzadas</u>	<u>150</u>		
- 91 - 100%	150		
- 81 - 90%	120		
- 71 - 80%	105		
- 61 - 70%	95		
- Menos de 60%	75		
2. <u>Cobertura real lograda en porcentaje (Universo de Embarazadas)</u>	<u>150</u>		
- 91 - 100%	150		
- 81 - 90%	120		
- 71 - 80%	105		
- 61 - 70%	95		
- Menos de 60%	75		
3. <u>Concentración de citas de la embarazada según semana en que inició el control (210 citas = 100%)</u>	<u>150</u>		
- 91 - 100%	150		
- 81 - 90%	120		
- 71 - 80%	105		
- 61 - 70%	95		
- Menos de 60%	75		
TOTAL	<u><u>450</u></u>		

V PARTE: IMPACTO ALCANZADO
EVOLUCIÓN DEL PARTO-PUERPERIO

CRITERIOS A EVALUAR	Puntos Esperados	Puntos Obtenidos	Observaciones
A. EVOLUCIÓN MATERNA	<u>225</u>		
1. <u>Diagnóstico del egreso hospitalario:</u>	<u>(75)</u>		
- Parto Eutócico	2.50		
2. <u>Diagnóstico de la cita puerperal:</u>	<u>(75)</u>		
- Puerperio normal	2.50		
3. <u>Vía del parto</u>	<u>(75)</u>		
- Vaginal	2.5		
- Cesárea	1.25		
B. EVOLUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	<u>210</u>		
4. <u>Apgar al minuto</u>	<u>(60)</u>		
- 7 y más	2		
- 5 a 7	1		
- 5 y menos	0.5		
5. <u>Apgar a los cinco minutos</u>	<u>(60)</u>		
- 9 y más	2		
- 7 - 8	1		
- 6 ó menos	0.50		
6. <u>Diagnóstico del control pediátrico</u>	<u>(30)</u>		
- Niño sano	1		
7. <u>Tipo de Alimentación del Recién Nacido</u>	<u>(60)</u>		
- Pecho exclusivo	2.00		
- Mixta	1.25		
- Leche maternizada	0.0		
TOTAL	<u>435</u>		

ANEXO No. 2

CARTAS ENVIADAS Y RECIBIDAS

Panamá, 20 de noviembre de 1995

Dra. Edisa Morales
Director Médico del Centro
de Salud Rómulo Roux de
Pueblo Nuevo
E. S. D.

Estimada Dra. Morales:

Ante todo mis saludos más cordiales y deseos de éxito en sus delicadas funciones.

La presente tiene como objetivo informarle que la licenciada Marta Pérez de Guerra está elaborando su trabajo de graduación para optar por el título de Maestra en Ciencias de Enfermería con Especialización Materno Infantil, cuyo tenor es "La Evaluación de la Calidad del Control Prenatal." Por esta razón estamos solicitándole la autorización para aplicar las encuestas que dicha investigación exige, en la Institución que usted dirige.

Esperando su pronta y positiva respuesta, queda de usted,

Atentamente,

Prof. Margarita de Castillo
Asesora

c.c. Lic. Dixiana de Martínez,
Enfermera Jefe

Panamá, 20 de noviembre de 1995

Doctora
Cecilia Guerra
Director Médico de la Policlínica
Alejandro de la Guardia de Bethania
E. S. D.

Estimada Dra. Guerra:

Ante todo mis saludos más cordiales y deseos de éxito en sus delicadas funciones.

La presente tiene como objetivo informarle que la licenciada Marta Pérez de Guerra está elaborando su trabajo de graduación para optar por el título de Maestra en Ciencias de Enfermería con Especialización Materno Infantil, cuyo tenor es "La Evaluación de la Calidad del Control Prenatal." Por esta razón estamos solicitándole la autorización para aplicar las encuestas que dicha investigación exige, en la Institución que usted dirige.

Esperando su pronta y positiva respuesta, queda de usted,

Atentamente,

Prof. Margarita de Castillo
Asesora

c.c. Lic. Herminia De Riego,
Enfermera Jefe

CAJA DE SEGURO SOCIAL



P.B.D.M. 449-95

PANAMA 05 DE diciembre 19 95.

APARTADO 1393 PANAMA 1.PANAMA

Profesora
MARGARITA DE CASTILLO
Facultad de Enfermería
Universidad de Panamá
E. S. D.

Profesora de Castillo:

Nos referimos a su nota donde nos solicita autorización, para que la LIC. MARTA P. DE GUERRA, pueda realizar encuesta para completar su Trabajo de Graduación.

Tenemos a bien en informarle que cuenta con nuestra anuencia para que la LIC. GUERRA, pueda aplicar las encuesta para su Trabajo de Graduación.

Sin otro particular,

Atentamente,

DRA. CECILIA GUERRA
Directora Médica
Pol. Alejandro de la Guardia, Hijo

cdleg./

c.c. Depto. de Enfermería- Pol. de Betania.